

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

660

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1899, à 9 heures

Par M. A. MERLEAU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES AFFECTIONS OSSEUSES
DANS L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, Professeur.

Juges : MM. } DEBOVE, Professeur.

} GILLES DE LA TOURETTE et TEISSIER, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

660

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 25 Juillet 1899, à 9 heures

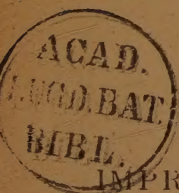
Par M. A. MERLEAU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES AFFECTIONS OSSEUSES
DANS L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Président : M. FOURNIER, Professeur.

*Juges : MM. } DEBOVE, Professeur.
 } GILLES DE LA TOURETTE et TEISSIER, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		N...
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHANTEMESSE.
	}	POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
	}	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Cliniques d'accouchements.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIÉR.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES ANCIENS MAITRES

De la Faculté libre de Lille

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital St-Louis

INTRODUCTION

Les statistiques démontrent qu'il y a beaucoup d'hommes à payer un tribut à la syphilis, et même, loin de diminuer par suite des progrès hygiéniques, la vérole ne fait que suivre une marche ascendante. La facilité des voyages, l'exode vers les villes, le service militaire, les expéditions lointaines, les grands rassemblements d'hommes sont autant de causes qui favorisent la contamination.

Aussi est-il naturel qu'en présence de ces faits, le médecin comme le philosophe, se demande ce que deviennent les descendants de syphilitiques.

La syphilis transmise par les parents à leurs enfants détermine souvent chez ceux-ci des altérations pathologiques, parmi lesquelles il faut compter les lésions osseuses, qui apparaissent ou bien de bonne heure, dès les premières années, ou bien tardivement, après plusieurs années, après dix, vingt, trente ans, etc. C'est dire que ces lésions n'ont pas d'heure et frappent à n'importe quel âge.

Nous avons décidé de faire de l'hérédosyphilis le sujet de notre thèse inaugurale, mais nous n'aborderons qu'un côté de la question et nous nous en tiendrons aux lésions osseuses. Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de la tâche que nous avons entreprise, surtout après les travaux de MM. Lannelongue et Fournier, nous voulons simplement apporter notre pierre à la construction du monument commun de la science médicale auquel on peut appliquer cette parole de Sénèque : « Multum adhuc restat operis, multumque restabit; nec ulli nato, post multa sæcula, præcludetur occasio aliquid adjiciendi ».

Mais avant d'entrer en matière, il nous reste un devoir bien agréable à remplir : c'est d'adresser à tous nos maîtres de la Faculté libre de Lille, l'expression de notre reconnaissance pour l'excellent enseignement dont nous leur sommes redevable.

A nos maîtres de la Faculté de Paris, auprès desquels nous avons passé quelque temps, nous offrons aussi l'hommage de notre reconnaissance ; tout particulièrement à M. le professeur Bonnaire, qui nous a donné des preuves du plus bienveillant intérêt.

M. le professeur Fournier nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre profond respect et de notre vive gratitude.

HISTORIQUE

Paracelse a formulé le premier la transmission héréditaire de la syphilis : *fit morbus, dit-il, hereditarius et transit a patre ad filium*. Theodosius, Augier, Ferrier, Haschardius, Rondelet acceptèrent l'opinion de Paracelse. Ambroise Paré lui aussi admettait l'hérédité de la maladie ; car, disait-il, souvent on voit sortir les petits enfants hors le ventre de leur mère ayant cette maladie, etc. ; puis c'est un médecin de Rouen, nommé Jacques de Béthencourt, qui affirme que la syphilis est héréditaire. En 1684, Recay n'hésite pas à écrire (*Traité de la maladie vénérienne*, Toulouse, 1684) : « C'est de la syphilis que viennent tant de maladies héréditaires, tant de tumeurs scrofuleuses, tant de gouttes et de rhumatismes, tant de fleurs blanches aux femmes ». On allait même jusqu'à attribuer la pelade à la syphilis héréditaire. Sans adhérer à ces exagérations, les meilleurs esprits en subissent le contre-coup. Fabre, J.-L. Petit exposent en de forts bons termes la doctrine de l'hérédité syphilitique tardive. Baumès en 1840 admet que la syphilis héréditaire se manifeste « tantôt pendant que

l'enfant est dans l'utérus de la mère, tantôt au moment de la naissance, tantôt quelques mois, une année, plusieurs années après » (Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes. Lyon, 1840). Huit ans plus tard, Ricord soutenait en personne, devant l'Académie de Médecine, l'hérédité tardive; il disait « avoir vu des individus nés de parents infectés, présenter des symptômes de syphilis à 20, 30, 40 ans sans avoir jamais contracté la vérole par le contact, sans avoir jamais offert d'accidents primitifs (séance du 11 octobre 1853). En 1862, Ricord revenait sur cette question et il déclarait qu'il fallait admettre comme une chose bien avérée, les manifestations héréditaires tardives, non précédées d'accidents précoces (*Gazette des Hôpitaux*, 1862).

A partir de cette époque jusqu'à nos jours, tous les auteurs admettent que la syphilis se transmet par hérédité soit prématurément, soit tardivement, et cela de façons diverses; c'est à cette époque que l'on commence à enregistrer les lésions osseuses se rattachant à la syphilis héréditaire. Ainsi Furth en 1868, puis Wagner et Kobner, Birsch, Haab et Hirschfeld, Guéniot, Ranvier, Charrin, Poncet, Porak, Robert Taylor signalent plusieurs faits importants se rapportant à cette question.

Rollet regardait comme très rares les lésions osseuses de la syphilis héréditaire, jusqu'au moment où il fit paraître son traité des maladies vénériennes (Paris MDCCCLXV); d'après lui, on ne pouvait citer que 6 ou 7 observations peu explicites : il signale toutefois de récentes observations dues à Rosen, mentionnant une

carie de la voûte palatine, coïncidant avec les signes évidents de la syphilis. Doublet et Mahon, cités par Rollet, ont vu chez des nouveaux-nés syphilitiques, des tumeurs suppurées à l'extérieur du crâne produire la carie des os sous-jacents.

Bertin avait eu l'occasion d'observer un certain nombre de périostoses. Cet observateur nous fournit un renseignement très précieux : « l'enfant présentait une tuméfaction du grand trochanter, grosse comme un œuf de pigeon, et une périostose considérable à la face supérieure et postérieure du cubitus ».

Laborie (séance de l'Académie de Médecine, 1^{er} juillet 1851) a cité l'observation d'un pemphigus compliqué de carie de l'un des tibias.

Cruveilhier parle d'un enfant à terme (anatomie pathologique) présentant des symptômes caractéristiques de syphilis et une érosion des os qui composent la voûte orbitaire.

M. Bouchut déclare avoir souvent observé dans les cas de syphilis congénitale l'endurcissement prématuré des os.

M. le professeur Fournier (in un. med. 1865, p. 550) a rapporté 2 cas de syphilis probablement héréditaire, l'un chez un enfant de 3 mois, lequel enfant présentait un coryza, des plaques muqueuses sur divers points et une tuméfaction considérable de la partie inférieure du bras droit; l'autre enfant présentait une syphilide crustacée et pustuleuse de la face, du coryza et à la partie supérieure de l'avant-bras une tuméfaction du volume des deux os.

Bazin, dans ses leçons théoriques et cliniques sur la syphilis regarde la vérole héréditaire comme se montrant rarement d'emblée sur les os. Il concède toutefois que le système osseux puisse être atteint par les progrès d'une ulcération ayant occupé primitivement les parties molles. Néanmoins l'auteur, dans des leçons ultérieures, pense que les accidents caractérisant la syphilis héréditaire tardive, se remarquent surtout du côté du système osseux : « Autant les affections osseuses sont rares dans la forme précoce de la syphilis héréditaire, autant elles deviennent la règle dans la forme tardive ».

Vogel, dans son *Traité élémentaire des maladies de l'enfance* déclare que les os participent rarement à la syphilis héréditaire (Paris, Lauvvereyns, 1872). West a émis la même opinion (*Leçons sur les maladies des enfants*, 1875, traduction d'Archambault).

Mais c'est à M. Parrot que revient le mérite d'avoir nettement établi, dans son travail paru en 1871 (*Archives de physiologie*, p. 133) la fréquence des lésions osseuses dans la syphilis héréditaire ; dans son mémoire, il formulait les propositions suivantes : « Chez tout fœtus ou enfant de premier âge, portant sur la peau, les muqueuses, ou dans les viscères une marque de la syphilis héréditaire, le système osseux est altéré ». Et plus tard, dans le *Progrès médical* de 1880 il ajoutait : « Parmi tous les systèmes organiques, il n'en est aucun que la syphilis ne frappe d'une manière plus constante que le système osseux ».

Gressent (thèse Paris, 1874), Augagneur (thèse Lyon,

1879), Roussel (thèse Paris, 1881) donnent quelques observations de syphilis osseuse héréditaire tardive.

Désormais les lésions osseuses de la syphilis héréditaire sont connues, mais il reste à bien mettre en lumière la physionomie sous laquelle la syphilis osseuse héréditaire se manifeste au niveau des membres : ce sera l'œuvre de M. Lannelongue, 1881 (Soc. chir., 11 mai 1881), dont le mémoire donne un exposé succinct, mais complet des affections osseuses, de son élève, M. Berne (thèse Paris, 1884, manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire), puis de M. le professeur Fournier qui dans le *Traité de la syphilis héréditaire tardive* expose avec son talent habituel les diverses formes des ostéopathies.

Et pendant que ces travaux abordaient plus spécialement le côté clinique de la question, l'anatomie pathologique ne restait pas en arrière. En 1865, Ranvier communiquait à la Société de biologie le fait curieux du retard de l'ossification et de la disjonction des épiphyses chez les enfants syphilitiques de par la naissance. Plus tard, en 1870, Wegner admettait 3 degrés d'altérations dans les os longs des nouveaux-nés syphilitiques et ces recherches histologiques furent confirmées par Waldeyer et Koebner; puis c'est Cornil qui en 1879 dans ses *Leçons cliniques sur la syphilis*, traite d'une façon complète le côté anatomo-pathologique.

A partir de ce moment, les lésions osseuses de la syphilis héréditaire sont bien connues, tant au point de vue clinique que anatomo-pathologique, et les auteurs

qui s'occupent ultérieurement de la question complètent le tableau clinique de la question, le retouchent sur certains points, mais sans toucher au fond; ce sont Casati, Profeta, Gamberini, Cerasi, en Italie; ce sont Macdonald, Hutchinson, en Angleterre; c'est Robert Taylor, en Amérique, et en France nous voyons de nombreux auteurs traiter la question: Sevestre, Julien, Mauriac, Legroux, Grancher, Leloir, Marcel Labbé, Gaucher, Barthélemy, etc.

Sevestre signale rapidement les lésions osseuses, les fractures juxta-épiphysaires, la dactylie, le crâniotabs, les ostéophytes qui donnent lieu au crâne natiforme (Progrès médical, décembre 1888).

Richter, in revue de Hayem, 1889 (Berlin, Klin) signale une fille âgée de 12 ans ayant un père syphilitique et une ulcération perforante de la cloison cartilagineuse et d'une partie de la cloison osseuse du nez.

Rolland, in thèse de Bordeaux, 1887-1888, donne quelques considérations sur un cas d'ostéo-arthropathie déformante d'origine hérédo-syphilitique.

En 1889, Grancher rapporte 2 observations d'enfants hérédo-syphilitiques et au Congrès de Paris, 1889, M. Mansoureff, de Moscou, dit que parmi les lésions les plus graves de l'hérédo-syphilis, il faut compter celles des os et en particulier celles du crâne, provenant pour la plupart de l'ossification précoce.

Fournier, 1890, Médecine mod., 17 juillet, regarde l'infantilisme, le nanisme, comme résultant souvent d'une cause syphilitique.

Mauriac (*Gaz. des Hôp.*, 10 déc. 1890), traite des affec-

tions découlant de la syphilis héréditaire et parmi elles des lésions osseuses.

Manssurow (Arch. f. dermat. und syph. 1891), mesure les diamètres du crâne et dit qu'on trouve des anomalies dans les diamètres et des asymétries, ce qui est en rapport avec l'ossification prématurée et le processus du sclérose qui envahit les sutures osseuses.

MM. Gaucher et Barbe parlent de la dactylite dans la syphilis héréditaire.

Aux différentes sociétés médicales sont présentés des malades hérédo-syphilitiques par MM. Trousseau, 1894, Gastou, Etienne, 1895, Marcel Labbé, Knœpfler, Grandmaison, 1896, Bezy, 1897.

Au congrès de gynécologie de Bordeaux, 1895, M. Moussous fait remarquer que les lésions osseuses de l'hérédo-syphilis sont souvent latentes et que leur existence peut passer inaperçue dans des cas de pseudo-paralyse.

M. le Dr Ed. Fournier, in thèse de Paris, 1898, aborde les signes dystrophiques de l'hérédo-syphilis et expose les malformations osseuses qui en sont la conséquence.

A cette liste d'auteurs ayant traité la question, il faudrait en ajouter un grand nombre d'autres, qui, soit aux séances des sociétés médicales, soit dans des monographies, ont attiré l'attention sur ce point, mais comme nous les citerons dans la suite, il nous a paru bon d'arrêter là notre énumération.

ETIOLOGIE

I. — *Fréquence de la syphilis osseuse du nouveau-né et du fœtus.*

La syphilis osseuse, envisagée dans l'ensemble des lésions qu'elle comporte, n'est certainement pas très rare chez le nouveau-né et le fœtus, est-il possible d'en déterminer la fréquence ? Plusieurs cas se présentent dans la pratique.

L'enfant né de parents syphilitiques vient au monde ou vit, sans offrir en dehors d'une naissance prématurée, de signes nets d'hérédosyphilis ; il est probable néanmoins que, parmi ces enfants, quelques-uns sont porteurs d'altérations osseuses, peu avancées, mais réelles. M. Moussous, au Congrès de gynécologie de Bordeaux, 1895, n'a-t-il pas avancé que les lésions osseuses de l'hérédosyphilis sont souvent latentes et que parfois pour les déceler il faut presser dessus, ce qui détermine de la douleur. Or les enfants ne pouvant attirer l'attention sur un point déterminé de leur squelette, il s'ensuit qu'une ostéopathie commençante peut

parfaitement passer inaperçue ; et ce sera cette ostéopathie qui, devenant de plus en plus volumineuse, se déclarera douloureuse, hypérostosante, un an, deux ans après. Il ne faut pas croire cependant que cela arrive dans tous les cas ; certains enfants, même avec des signes évidents de syphilis héréditaire, n'ont pas de lésions osseuses, quelque soin qu'on apporte à les rechercher. Dans ces conditions, il est impossible d'établir la proportion des lésions osseuses de l'hérédosyphilis chez les nouveau-nés.

II. — *Fréquence relative des diverses formes.*

Nous n'avons pas les données suffisantes pour porter un jugement certain ; cependant si nous nous en tenons aux observations que nous avons consultées, nous croyons que l'hypérostose apparaît le plus fréquemment, car dans le plus grand nombre de cas, c'était une tuméfaction considérable des membres.

III. — *Rapports de la syphilis héréditaire osseuse de l'enfant avec l'état de la syphilis chez les parents.*

1^o Les deux parents sont syphilitiques au moment de la conception de l'enfant, ce cas réunit les conditions les plus favorables à l'hérédité syphilitique, si l'on tient compte de l'ancienneté de la syphilis des ascendants et des traitements plus ou moins prolongés qui ont été

dirigés contre elle. Y a-t-il un rapport entre l'âge de la syphilis des parents et la forme que prendra chez leur enfant la syphilis héréditaire ? Bassereau disait : « Il y aura des lésions superficielles chez l'enfant dont les parents seront porteurs d'accidents secondaires au moment de la conception ; les enfants nés de parents porteurs d'accidents tertiaires, auront des lésions profondes. » On ne peut dire que ceci : le facteur principal à considérer dans la pathogénie des accidents osseux, c'est la virulence de la syphilis transmise ; d'elle avant tout dépendra la production ici de simples éruptions cutanées, là de lésions osseuses, une syphilis active provenant de parents, récemment infectés ou porteurs d'accidents confluents, frappera l'organisme foetal beaucoup plus profondément qu'une syphilis éteinte chez les parents par sa durée ou un traitement prolongé.

2° La mère est saine, ainsi que le père, mais la mère devient syphilitique pendant la grossesse. On admet aujourd'hui, contrairement à l'opinion de Mandron, Kassowitz, que la syphilis peut se transmettre dans ce cas. Si la contamination de la mère se fait dans les premiers mois de la grossesse, l'enfant a des chances d'être indemne, mais ne l'est pas nécessairement ; si la mère est contaminée dans les deux derniers mois de la grossesse, le fœtus suivra son évolution et pourra n'être pas infecté.

3° La mère est syphilitique et le père est sain au moment de la conception. Il y a de grandes chances d'hérédité ; certains auteurs, comme Kassowitz, pensent

que la syphilis maternelle, vieille de plus de dix ans, ne suffit plus à déterminer des lésions héréditaires.

4^e La mère est indemne avant et après la conception, mais le père est syphilitique au moment de la procréation. On admet que dans ce cas la syphilis se transmet et c'est même l'explication de la syphilis conceptionnelle.

IV. — *Syphilis héréditaire tardive.*

Si la syphilis peut produire des altérations osseuses chez des enfants de quelques jours, de quelques mois, il n'est pas rare non plus, il est même plus fréquent de voir les ostéopathies se développer à un âge plus avancé, à l'époque de la puberté, à 20 ans, à 30 ans, à 40 ans, etc.

Quelle est donc la raison de ce retard parfois prolongé, dans la manifestation des affections osseuses ? Si l'on excepte les cas où les ostéopathies sont latentes dès les premiers jours de la vie, restent un certain nombre d'années sans témoigner leur existence, puis à un moment donné et sans causes apparentes se mettent à faire parler d'elles, il est certain qu'on ne peut faire que des conjectures sur le mode, l'époque d'apparition de ces lésions. Nous savons que le sexe et la puberté favorisent l'éclosion de ces altérations pathologiques. Faut-il établir une corrélation entre le mode d'hérédité (hérédité des deux parents), ou de l'un seulement et

l'apparition des lésions déjà citées ? Nous l'ignorons. Peut-on croire que le tabac, le surmenage intellectuel, le traumatisme, etc., sont autant de causes d'appel de l'ostéopathie vers les parties qu'ils touchent ? Autant de questions insolubles pour le moment.

V. — *Déformations congénitales.*

Les expériences de Charrin et Gley, présentées à l'Académie des sciences, le 4 novembre 1895 et dans les séances ultérieures, nous donnent l'explication de l'influence du virus sur la descendance. « Si l'on compare ces données (ce sont les conclusions de MM. Charrin et Gley), avec ce que l'on sait de la syphilis, on voit que nous avons réussi à reproduire tout ce qu'engendre cette maladie, en précisant le rôle de chacun des générateurs, en ajoutant les moyens chimiques aux procédés expérimentaux propres à agir sur les descendants, en prouvant que pour le virus vénérien, son action n'est pas spécifique, qu'une série de poisons en font autant. Ces expériences réduisent ces influences à une propriété cellulaire, à la cellule modifiée. »

D'après M. Gaucher (1897), il y a une parasymphilis héréditaire qui comprend un certain nombre de malformations congénitales dans l'étiologie desquelles l'infection n'agit pas directement, mais par l'intermédiaire du trouble général qu'elle provoque dans l'organisme. Ainsi l'ossification prématurée du cartillage épiphysaire découverte récemment par la radiographie

nous a montré la cause si fréquente du nanisme chez les hérédo-syphilitiques. On a pu rattacher encore à la parasyphilis héréditaire certains cas d'hydrocéphalie et d'autres malformations (1897).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Longtemps nous avons ignoré l'anatomie pathologique des lésions osseuses de l'hérédo-syphilis ; car les malades ne mourant pas du fait de ces affections il en résultait que les autopsies étaient rares. Néanmoins les travaux récents de Wegner, 1870, Waldeyer et Kabner (1875), Ranvier, Cornil (1879), Mauriac (1890), nous ont initiés peu à peu à la formation histologique des périostoses, des gommes syphilitiques et ces recherches ont été confirmées par les autopsies des malades de Drön (1894), Marcel Labbé (1897).

A. *Ostéo-périostite-hyperostosante*. — Sous un point circonscrit du périoste, il se produit une accumulation considérable de cellules rondes semblables aux cellules de la moëlle embryonnaire. Le périoste est épaissi, et le tissu conjonctif voisin présente un œdème inflammatoire ; il en résulte une tuméfaction demi-inflammatoire, une périostose subaigue. La surface de l'os est toujours atteinte, les ouvertures des canaux de Havers qui y aboutissent sont élargies, ainsi que les ca-

naux, et on y voit une moëlle rouge embryonnaire ou grise, gélatiniforme, constituée par des médullocèles ou cellules rondes de la moëlle. Cette ostéopériostite guérit sans laisser de traces, mais lorsqu'elle a persisté longtemps, les cellules de la couche la plus interne du périoste se comportent comme les ostéoblastes pendant la période de l'ossification, se transforment en ostéoplastes et forment des travées osseuses qui siègent à la surface externe de la diaphyse sous le périoste. Ce sont d'abord des ostéophytes qui n'adhèrent que faiblement à la surface des os et s'en détachent avec le périoste; elles deviennent bientôt plus compactes et se soudent à la substance osseuse primitive : ce sont les périostoses. Dans le tissu osseux, l'ostéite produit de nouvelles lamelles osseuses à la surface des canaux de Havers; il en résulte une densification, une éburnation de l'os sur ce point, laquelle se traduit par une saillie : exostose parenchymateuse. La même ostéite peut se traduire dans le canal médullaire des os longs et donner lieu à une ossification éburnée interne : énostose.

Dans la syphilis infantile héréditaire, on voit à la surface des os longs (Dron, Soc. dermat., 1894) un tissu ostéide, très poreux, de moindre résistance que l'os normal, enveloppant complètement ce dernier comme un manchon. L'os ainsi doublé est léger : il n'a pas un poids en rapport avec son volume. Ces lésions correspondent à la périostogenèse osseuse et fibreuse.

D'après Marcel Labbé (*Soc. méd. des hôpit.*, 24 juillet 1896), l'examen histologique de plusieurs fémurs d'en-

fants syphilitiques de par l'hérédité, montre que le périoste est épaissi, ainsi que le cartillage; la ligne d'ossification est irrégulière et le cartillage modifié dans sa structure histologique végété irrégulièrement.

Les os larges (omoplate, os coxal) présentent aussi des dépôts ostéiformes qui les déforment, et empâtent leurs saillies. Ce tissu osseux est encore plus poreux que dans les os longs. Ces os larges ont un aspect vermoulu; si on enlève le revêtement morbide, on retrouve l'os normal quoique moins résistant qu'à l'ordinaire; il y a là encore une médullisation.

Les exostoses crâniennes sont riches en fibres de Scharpey et en tissu fibreux; les lamelles osseuses nouvelles en sont parcourues dans tous les sens et le plus souvent sans ordre régulier. Cela tient à ce que l'ossification des exostoses se fait toujours aux dépens du périoste, aussi bien dans les os longs des membres que dans les os plats du crâne, et que l'inflammation plus ou moins intense, interrompue et reprise, qui précède l'ossification, n'est pas de nature à s'accompagner d'une ostéogenèse régulière.

B. *Ostéo-périostite raréfiante*. — Il y a prolifération cellulaire plus abondante dans la moëlle sous-périostique et dans la moëlle osseuse. Cette prolifération cellulaire arrive bientôt à éroder, à détruire quelques points de la surface interne des canaux de Havers, plus larges qu'à l'état normal. Les travées osseuses qui les circonscrivent, au lieu d'être unies, présentent des encoches ovalaires, hémisphériques, irrégulières, remplies par des cellules rondes et petites. Quand ces encoches

sont profondes, elles font communiquer entre eux les canaux de Havers en perforant complètement les travées qui les séparent. La substance osseuse est donc détruite en partie, remplacée par la moëlle enflammée. Le processus érosif rétrograde parfois ; la prolifération cellulaire diminue ; les cellules moins nombreuses qui restent, s'appliquent contre les parois érodées des canaux de Havers et y deviennent des ostéoblastes formant des lamelles osseuses réparatrices. De pareilles lésions s'accompagnent d'une augmentation de volume de l'os, partielle ou générale. La substance osseuse peut disparaître en partie ; la réparation la raffermir, mais il y a fausse apparence de solidité.

C. *Ostéo-périostite gommeuse*. — Elle consiste en épaissement plus ou moins considérable du périoste qu'on trouve infiltré d'éléments cellulaires, décollé de la surface osseuse dans toute l'étendue de la lésion, mais y adhérant à la périphérie. Au-dessous de lui, il y a production d'un tissu de nouvelle formation, tissu composé d'éléments cellulaires et variable de consistance et de couleur suivant la période de la lésion, c'est-à-dire tantôt lardacé, grisâtre, tantôt casécux, jaune. La surface osseuse correspondante présente des signes d'ostéite, creusée de dépressions et d'anfractuosités alvéolaires, qui sont pénétrées par ce tissu gommeux, et encadrée par une auréole dure de saillies ostéophytiques. D'après M. Gangolphe ces lésions sont caractérisées par l'existence d'un tissu fibrillaire adénoïde, contenant dans ses mailles une masse considérable

de petits éléments cellulaires, et par l'absence de lésions notables du système vasculaire.

D. *Ostéomyélite gommeuse*. — Dans les os attaqués, on trouve le canal médullaire comblé dans une certaine étendue par une tumeur solide de couleur jaune : c'est une gomme en dégénérescence caséuse. Au pourtour de chacune de ces gommes il se forme des couches osseuses de nouvelle formation qui déterminent un renflement fusiforme de l'os à ce niveau. Elle est circonscrite ou diffuse ; dans le premier cas, elle est constituée par un noyau arrondi du volume d'une noisette développée dans la moëlle, tandis que dans le deuxième cas le syphilome se propage jusqu'aux parties molles, qui sont envahies par le tissu néoplasique.

SYMPTOMATOLOGIE

La syphilis héréditaire produit deux sortes de lésions sur le système locomoteur : 1^o Des malformations congénitales, des déformations des os et 2^o des inflammations.

I. — Malformations du squelette.

Dès la naissance de l'enfant hérédo-syphilitique, l'hypernutrition peut être la cause de synostoses précoces ; il n'y a plus de sutures et par conséquent plus de motilité des os les uns sur les autres, d'où l'impossibilité pour le crâne de se prêter au développement de l'encéphale. Il en résulte que les os sont soudés tôt, et que la microcéphalie en est la conséquence.

Par contre, la tête peut devenir énorme, les os frontaux faire saillie en avant, le diamètre vertical de la face diminue pendant que le diamètre transversal du

front augmente considérablement par suite de l'écartement des os frontaux. Les os du crâne soudés par leur base, s'écartent comme les pétales d'une fleur (Trousseau). Ces déformations crâniennes, qui constituent l'hydrocéphalie, étaient bien manifeste chez les malades de Bezy, lesquels avaient tous les signes de l'hérédosyphilis (*Arch. méd.*, Toulouse, 10 oct. 1897).

A ces déformations il faut ajouter, comme propres à l'hérédosyphilis, l'élargissement transverse du crâne au niveau des pariétaux, se compliquant parfois d'une dépression de la suture sagittale : c'est le crâne natiforme, et les crânes asymétriques.

Si nous passons à la face, nous trouvons le nez camard, aplati, effondré à sa racine et qui résulte d'une nécrose des os propres du nez et peut-être même de leur simple malformation.

Jullien a observé un vice de conformation aboutissant au défaut de concordance des deux maxillaires. Il consiste en ceci : l'arcade dentaire supérieure débordé l'arcade inférieure : 1° dans toute son étendue, les deux rebords formant deux lignes concentriques ; 2° dans une partie seulement de son étendue au niveau des incisives ; une fois même les incisives inférieures dépassaient assez en avant les supérieures.

Tubby a observé une jeune fille âgée de douze ans, atteinte de syphilis héréditaire, dont les tibias très arqués sont plus longs que les fémurs.

Les membres présentent également des malformations particulières. Bogden, de Jassy, rapporte l'observation d'un hérédosyphilitique chez lequel il y avait

un défaut de proportion très prononcé entre les avant-bras et les bras et les mains d'une part, entre les cuisses et les jambes d'autre part. Rossi (*Il progresso medico*, 1893), est d'avis que la syphilis héréditaire peut produire la déformation des membres : la jambe droite d'un patient pouvait être comparée à deux troncs de cône ayant pour bases le genou et la région molléolaire. Parfois la main est déformée (in revue de Hayem, 1884), les doigts sont fléchis, certains segments de main hypertrophiés, d'autres atrophiés, l'index est épaissi, ainsi que le petit doigt d'une des mains. Mais si certains segments de membre sont déformés, épaissis, d'autres portions sont supprimées ; dans la revue de Hayem, 1884, nous voyons que la deuxième phalange du pouce a disparu ; en 1891, M. Viennois, de Lyon, parle de l'amputation spontanée des orteils chez un syphilitique, mais l'observation pouvant être attribuée aussi bien à un syphilitique pur qu'à un hérédo-syphilitique, il est préférable de la passer sous silence ; mais dans la *Semaine médicale* de 1895, M. Gastou cite une mère syphilitique qui met au monde une fille syphilitique avec amputation congénitale de l'avant-bras gauche.

Le thorax lui aussi prend part aux difformités : à la Société de dermatologie de mars 1899, on présente un malade dont le sternum forme un angle obtus à ouverture interne et dont le sommet siège à l'union de la première pièce sternale et de la deuxième : c'est ce qu'on appelle la poitrine de pigeon. La colonne vertébrale n'échappe pas aux déformations. Bezy rapporte

l'observation d'un enfant de deux mois, fils de père et mère syphilitiques, présentant une incurvation de la colonne vertébrale. Rossi cite un syphilitique héréditaire dont la colonne vertébrale dans la portion thoracique est un peu infléchie à gauche et la portion lombaire à droite ; on a signalé également la cyphose de la colonne vertébrale.

Mais si la syphilis héréditaire provoque souvent des épaissements parfois symétriques, mais partiels du squelette, il y a des cas, rares il est vrai, dans lesquels le processus syphilitique devient un irritant assez puissant pour déterminer une croissance excessive non seulement de quelques os, mais de toute la charpente osseuse et donner lieu à un véritable gigantisme. Fuchs relate un fait de ce genre qu'il a observé dans le service de M. le professeur Lang à Vienne et qu'il compare à un cas analogue décrit en 1894 par M. Surena. Le sujet observé par Fuchs mesurait 1 m. 88 de taille et il pesait 88 k., à 26 ans ; il provenait de famille syphilitique et présentait lui-même les stigmates de cette affection, tels que : exostoses multiples, perte de la cloison nasale, opacités cornéennes résultant de kéraïte interstitielle, etc. Le géant de M. Surena avait 2 m. 40 de taille et il pesait 213 kilos ; ses dents présentaient tous les signes que Hutchinson considère comme pathognomoniques de l'hérédo-syphilis et il présentait en plus de nombreuses exostoses, notamment à la surface interne de la boîte crânienne.

Le gigantisme, produisant l'infantilisme (Fournier) très souvent, peut donc provenir d'une cause spécifi-

que et héréditaire. Les géants sont souvent des infantiles par plusieurs points : ils n'ont pas de barbe et leurs testicules sont petits. Ce serait une erreur de croire que seul, le gigantisme peut avoir pour principe créateur la vérole ; le nanisme lui aussi peut prendre sa source dans la « maladie honteuse des anciens », et les épreuves radiographiques de MM. Springer et Serbanesco ont montré que dans l'hérédo-syphilis le cartilage de conjugaison s'ossifie parfois prématurément, ce qui entrave et arrête la croissance d'où le nanisme. Et ces temps derniers n'a-t-on pas prétendu à la suite de l'examen du squelette que le fameux nain polonais « Bébé » était un hérédo-syphilitique.

On admet encore que l'hérédo-syphilis produit une sorte de fragmentation des os (Jullien) ; la partie supérieure de l'occipital, par exemple, complètement séparée du reste forme un os épactal ; de même on peut apercevoir sur les pariétaux des traces nombreuses de divisions circonscrivant de petits départements. Il est vrai que cette lésion n'est pas essentiellement hérédo-syphilitique ; mais on l'observe (Parrot) de 15 à 20 fois sur 200 crânes infectés de syphilis, alors qu'on ne l'observe que 4 à 5 fois sur 1,000 crânes non syphilitiques.

II. — Inflammations.

On peut rattacher, suivant le professeur Fournier, à trois grands types les lésions inflammatoires des os : osteo-périostites, lésions gommeuses osteo-périostites, osteo-myclites gommeuses.

1° *Osteo-périostites.*

Ce sont les lésions les plus fréquentes ; leurs symptômes rappellent ceux des osteo-périostites vulgaires : douleurs osseuses, troubles fonctionnels divers, dérivant de ces douleurs, tuméfaction du segment d'os affecté, déformation de l'os au point affecté, etc., tous symptômes qui sont modifiés suivant chaque osteo-périostite.

1° Quels os affectent-elles de préférence ? Si l'on consulte les statistiques de M. Fournier, on peut poser en principe que les os longs sont le plus fréquemment affectés, et que parmi les os longs viennent en première ligne les tibias, puis les os de l'avant-bras et enfin l'humérus et le fémur. Tantôt un seul os est affecté, tantôt plusieurs os sont affectés sur le même sujet, soit simultanément, soit successivement, et tantôt le même malade présente 5, 8, 10 lésions osseuses, et quand les lésions sont multiples, elles sont souvent symétriques : ainsi, souvent les deux tibias, os homologues, sont affectés d'ostéite par la syphilis-héréditaire.

2° Quel est le caractère principal de ces lésions ? d'être des ostéites hypérostosantes, des ostéites qui font de l'os, abondamment, de sorte qu'à un moment donné elles deviennent de véritables hypertrophies osseuses affectant un segment plus ou moins considérable de l'os, ce qui détermine l'augmentation des dimensions de l'os et le changement de sa forme.

Les ostéites massives intéressent presque toujours le

$\frac{1}{3}$, la $\frac{1}{2}$ de la hauteur de l'os, de la diaphyse et elles produisent là un excès de volume qui dépasse ce qu'il est commun d'observer à la suite des ostéites d'autre nature.

On trouve souvent le tibia hypertrophié dans un segment de la diaphyse mesurant 8, 10, 12, 20 cent. de hauteur ; comme épaisseur, le diamètre transverse de l'os double parfois. Dernièrement un malade de Lille avait une hypérostose du tibia occupant 11 centimètres. Ce qui se produit au tibia peut également se présenter sur les autres os (cubitus, humérus, métacarpiens, etc. A noter spécialement la dactylite syphilitique, si bien décrite par Robert Taylor et M. Gaucher et produisant souvent dans les doigts des déformations monstrueuses. Au crâne on trouve parfois des tuméfactions osseuses hémisphériques du volume d'une moitié d'abricot, de citron. Plusieurs os peuvent être affectés à des hauteurs inégales, si bien que le radius par exemple, est atteint au $\frac{1}{3}$, tandis que le cubitus est frappé à la $\frac{1}{2}$ de la hauteur.

Tout en augmentant le volume de l'os, ces hyperostoses massives modifient la forme des os affectés et il est impossible de décrire les variétés de configuration ; l'os est bosselé, noueux, renflé, difforme, etc., si la diaphyse est affectée, il prend la forme dite « en fuseau » ; il semble renflé « en massue » si la lésion porte sur l'une de ses extrémités. La déformation la plus importante est celle du tibia, dite incurvation arciforme à convexité antérieure de l'os. La crête du tibia se projette en avant, devient courbe et prend la forme dite en

lame de sabre ; c'est un tibia qui paraît courbe sans l'être en réalité ; il est droit mais surmonté d'hyperostoses qui constituent la saillie antérieure ; de plus cette difformité tibiale se présente à l'état de lésion isolée, pendant que les lésions rachitiques sont multiples. Le bord antérieur de l'os qui a subi cette incurvation pseudo-rachitique est mousse, épaisse. D'après Berne, in thèse, une diaphyse de tibia syphilitique, même recouverte d'une hyperostose volumineuse, n'est pas plus déviée dans la direction de son axe que ne le serait une tige en fer sur laquelle on aurait déposé une couche de plâtre.

Ces hyperostoses, ces osteo-périostites s'accompagnent de douleurs remarquables parfois par leur acuité, venant périodiquement, plusieurs nuits de suite par exemple, et à la même heure ; quelquefois ces crises se prolongent plusieurs semaines avec ou sans interruption ; ces douleurs se montrent même, quand il n'y a aucune lésion appréciable, comme le prouvent de nombreuses observations aussi probantes les unes que les autres. Pendant que ces lésions osseuses se développent et au niveau du segment de l'os affecté, l'os malade devient d'une sensibilité exquise au toucher. Une fois que la poussée inflammatoire est terminée, les douleurs cessent d'être vives, deviennent sourdes, disparaissent même, tout en restant sujettes à des réveils inattendus. Il est des cas où la phlegmasie ne produit aucune douleur ; c'est la forme torpide de la maladie.

A ces douleurs et comme conséquence, il faut ajouter des troubles moteurs, la gêne des mouvements, l'im-

possibilité de la marche, quand la lésion occupe les membres inférieurs, l'agitation, l'insomnie, la diminution d'appétit, l'anémie, l'amaigrissement.

Evolution des osteo-périostites.

Ces lésions osseuses ont deux aboutissants ultimes tout à fait différents : 1^o l'osteo-périostite pure et 2^o l'osteo-périostite suppurative suivie de nécrose.

Dans le 1^{er} cas, le processus phlegmasique se développe en deux stades : stade de croissance et stade d'état définitif, sous forme d'hyperostose. Le processus morbide commence par faire de la prolifération cellulaire, pendant une durée plus ou moins indéterminée, tantôt deux, trois mois, tantôt deux, trois ans : c'est une évolution chronique ; puis l'hyperostose constituée, elle reste ce qu'elle est, persiste à l'état définitif : c'est le deuxième stade. Pendant la 1^{re} partie de l'évolution c'est la période des douleurs, qui s'apaisent ensuite peu à peu et finissent même par disparaître.

Mais certaines formes d'osteo-périostites aboutissent à la suppuration, suivie de nécrose ; au lieu de se terminer par hyperostose pure, elles se mettent à suppurer, à se nécroser ; un abcès sous-périostique se forme, pendant que l'os se déforme, que des crises douloureuses éclatent ; puis la collection purulente s'évacue au

dehors. Ce n'est pas tout ; de la fistule qui a donné issue au pus une première fois, s'écoule à nouveau une légère quantité de pus et cela pendant des mois, des années ; la raison est qu'il existe une nécrose au fond du foyer, nécrose limitée, superficielle, tout à fait partielle.

2^o *Osteo-périostites gommeuses.*

Les productions gommeuses affectent le périoste ou le tissu même de l'os et elles se traduisent par des tuméfactions et des douleurs. Les os se soulèvent et présentent des bosses semblables à celles des contusions ou aux nodosités de l'érythème noueux. A l'origine ces soulèvements plus ou moins hémisphériques sont durs et fermes ; puis ils se ramollissent, deviennent fluctuants, prennent la forme et le volume d'une amande, d'une pêche. Ces lésions sont douloureuses parfois ; d'autres fois elles sont ignorées des malades, ce qui prouve qu'elles naissent dans certains cas sans déterminer de douleurs bien vives. Si l'on traite à temps ces osteo-périostites, elles peuvent se résorber, en laissant souvent à leur suite une dépression osseuse, un « enfoncement » de la voûte crânienne. Non traitées, ces gommes se ramollissent, s'ulcèrent et aboutissent à former de larges plaies offrant l'aspect des ulcères gommeux. L'aboutissant de ces osteo-périostites gommeuses non traitées, c'est la nécrose variable d'étendue et d'importance.

3° *Osteomyélites gommeuses.*

Les productions gommeuses se développent à l'intérieur de l'os, au sein de la moelle osseuse ; on les observe sur le tibia, le fémur, l'humerus, etc., et elles se traduisent par la tuméfaction et la douleur. Les douleurs sont continues, souvent vives, paroxystiques et au bout d'un certain temps on constate un certain gonflement de l'os ; cette partie est dure, de consistance osseuse, au commencement du moins ; les symptômes généraux sont graves. Tantôt il y a un abcès sous-périostique, symptomatique de l'osteomyélite centrale ; tantôt on trouve, en regard de la périostose, un foyer d'osteomyélite, sans suppuration, circonscrit dans le canal médullaire en haut et en bas par du tissu compact.

Conséquences des lésions osseuses de la syphilis héréditaire.

Les osteo-périostites héréditaires affectent parfois un os de telle sorte qu'elles produisent une production hypertrophique soit en épaisseur soit en longueur et c'est alors un allongement, un excès de croissance de l'os affecté. Les auteurs, et parmi eux le professeur Fournier, en ont relaté quelques exemples, où l'osteite, au lieu d'être hyperostosante en épaisseur, formait des

osteophytes s'ajoutant les uns aux autres dans le sens de la longueur ; et l'osteite une fois terminée, le travail morbide arrêté, il restait un tibia beaucoup plus long que son homologue, un cubitus dépassant de plusieurs centimètres celui de l'autre avant-bras. C'est la raison de la différence de longueur des différents os du squelette, et que l'on a constatée souvent chez les hérédosyphilitiques.

Par contre, on a vu l'osteo-périostite hérédosyphilitique avoir comme résultat la résorption complète de portions osseuses, ce qui amène le raccourcissement notable de l'os attaqué. M. Taylor (*syphilitic lesions of the osseous system in infants and young children*, New-York, 1875), cite un cas observé chez un enfant de 9 ans, hérédosyphilitique, chez lequel l'index droit était réduit à un « tronçon de doigt », ne dépassant pas comme longueur la 1^{re} phalange du médius correspondant ; il y avait eu résorption de toute la 1^{re} phalange, du tiers de la 2^e, du tiers du second métacarpien.

Ces difformités ne sont pas les seules conséquences des affections osseuses de l'hérédosyphilis : il faut y ajouter les lésions d'atrophie qu'elles déterminent dans les membres et les arrêts de développement qu'elles provoquent. « La périostosyphilose, dit Mauriac, entraîne un arrêt dans le développement des os qui en sont atteints et une atrophie dans les muscles qui les meuvent. » Valleix le premier, en 1835, signale l'inertie du bras chez le nouveau-né syphilitique ; puis Daniel Mollière, dans un mémoire paru en 1870, insiste sur une déformation particulière de la main, liée à des lé-

sions osseuses. Ce symptôme consiste en l'inertie, le défaut plus ou moins absolu de motilité, sans perte de la sensibilité : on dirait un membre disloqué ; les bras sont habituellement appliqués le long du tronc et en pronation (Jullien) ; les jambes allongées pendent et oscillent, quand on soulève l'enfant. Deux ans plus tard, Parrot rattacha ces symptômes à la pseudo-paralysie des membres, et depuis cette époque ces différents signes de lésions sont connues sous le nom de pseudo-paralysie de Parrot. Parrot explique cette maladie par l'atrophie gélatiniforme de la substance spongieuse, laquelle peut gagner la substance compacte et la ligne d'ossification. Rona dans *Pester méd. chis. Presse*, 25 mars 1888, cite un enfant de 2 mois qui, outre de nombreux symptômes de syphilis héréditaire, présente une pseudo-paralysie des deux membres supérieurs et du membre inférieur droit. D'après Chollet, 1897, la pseudo-paralysie est due aux lésions osseuses des épiphyses lesquelles surviennent de bonne heure, car dans 90/100 des cas elles se montrent dans les trois premiers mois de la vie. Pollak (*Deut. méd.*, 27 déc. 1895) met sur le compte des lésions osseuses certains troubles de motilité que l'on trouve dans la syphilis héréditaire.

Cette pseudo-paralysie est due aux altérations syphilitiques des os longs chez le nouveau-né, lesquelles peuvent aboutir à la séparation de l'épiphyse d'avec la diaphyse, d'où l'impuissance fonctionnelle du membre, prise souvent pour une paralysie infantile.

Mais ce n'est pas tout : les lésions osseuses exposent encore aux fractures spontanées. Hutchinson cite

un homme qui se brisa le fémur au niveau d'une hypérostose, un enfant de 4 ans qui se fractura la mâchoire. Pellizari et Tafani ont étudié les altérations hérédosyphilitiques du squelette thoracique. Les altérations sur l'arc costal aboutissent à la fracture ; le périoste empêche les fragments de s'écarter.

Les côtes le plus souvent malades sont les vraies, sauf les deux premières ; les fausses côtes ne s'altèrent que dans des cas tout à fait rares. Le siège du mal est à l'union des $\frac{2}{3}$ postérieurs avec le $\frac{1}{3}$ antérieur. Le périoste est épaissi et l'on y reconnaît la formation d'un tissu osseux. Les extrémités rugueuses s'engrènent ; l'os paraît altéré dans toutes les parties voisines de la fracture. D'après Gelli, thèse Paris, 1884, on peut observer chez les nouveau-nés syphilitiques, deux sortes de lésions : décollements épiphysaires et fractures soit juxta-épiphysaires soit au milieu de la diaphyse. Chez les plus âgés, ce sont des fractures qui évoluent et se consolident sans traitement spécifique. Pour Parrot, il existe deux ordres de fractures chez les enfants syphilitiques de par l'hérédité celles que l'on observe sur des enfants âgés de quelques semaines à quelques mois, et celles qui se produisent chez des enfants plus âgés. Les premières se font toujours au voisinage de la ligne chondro-calcaire et les autres à la partie moyenne de l'os.

Nous n'en avons pas fini avec les conséquences possibles des lésions osseuses de l'hérédosyphilis ; il faut encore noter la viciation du bassin, cause d'accidents variés de dystocie. « Pour ma part, dit M. le Professeur

Pinard, j'ai été conduit à constater que sur les femmes présentant des stigmates non douteux de syphilis héréditaire, le bassin était assez fréquemment vicié. D'ailleurs les anomalies du bassin que j'ai constatées dans ces conditions n'offrent pas de caractéristique spéciale. Tantôt j'ai observé le bassin plat et symétrique, tantôt j'ai rencontré des bassins à diamètres antéro-postérieurs normaux, mais à diamètres obliques ou transverses rétrécis par le fait d'exostoses unilatérales ou bilatérales, etc. » Turquet a déduit de ses recherches sur le bassin infantile (*du bassin infantile considéré au point de vue de la forme du détroit supérieur et du rapport de ses diamètres*, thèse Paris, 1884) les conclusions suivantes : L'influence hérédo-syphilitique se traduit sur le bassin de deux façons ; d'une part, elle produit le plus souvent le rétrécissement plus ou moins notable des dimensions transversales du bassin, d'autre part elle détermine un arrêt de développement ou une infériorité dans le développement du bassin. »

Comme conséquences immédiates des lésions osseuses des épiphyses ou juxta-épiphysaires, il faut signaler les arthropathies qui revêtent différentes formes : l'arthralgie, l'hydarthrose, la pseudo-tumeur blanche syphilitique, l'arthropathie déformante, dans laquelle les osteophytes se développant sur les épiphyses, soit au voisinage soit au niveau des surfaces articulaires constituent ou peuvent constituer un obstacle matériel à l'exercice des mouvements.

Signalons enfin en terminant les lésions osseuses des organes des sens qui amènent le coryza chronique

par suite de l'ulcération et de la destruction de la charpente du nez, de la cloison, etc., la surdité par le fait de l'osteo-périostite du rocher, les troubles de la vue venant à la suite de la compression du globe oculaire, résultat de l'osteo-périostite orbitaire.

Période d'apparition des lésions osseuses de la syphilis héréditaire.

Pour Rollet, la syphilis extra-utérine ou infantile ne se manifeste qu'un certain nombre de jours et même de semaines, de mois après la naissance. Bazin (*Leçons cliniques*) pensait que pour des raisons qui le plus souvent nous échappent, la syphilis peut rester à l'état latent pendant plusieurs années et constituer une forme tardive. Il admet qu'elle dépasse rarement la puberté et « qu'il est tout à fait exceptionnel de voir la syphilis héréditaire rester latente jusqu'aux périodes les plus reculées de la vie ». Pour M. Lannelongue, c'est vers quatre ans que les lésions peuvent atteindre le plus grand nombre d'os. Diday, en 1886, divise les lésions du système osseux en quatre degrés, suivant qu'on les observe chez des enfants mourant dans la huitaine après leur naissance, chez des enfants de quelques semaines à trois mois, chez les enfants de 5 à 6 mois et chez les enfants plus âgés : pour cet auteur donc, les lésions osseuses apparaissent dès la naissance.

En 1888 (*Traité de la syphilis héréditaire tardive*), M. le Professeur Fournier dit que ces lésions peuvent s'observer depuis trois ans jusqu'à vingt-huit et qu'elles peuvent même se traduire après cette époque, il ajoute qu'il n'y a pas de raison pour qu'elles n'apparaissent dès les premiers temps de la vie. En effet les lésions osseuses de la syphilis héréditaire peuvent apparaître à tout âge de la vie. Si on parcourt les observations, on voit qu'elles se sont manifestées depuis les premiers jours jusqu'à trente, cinquante ans ; le moment le plus favorable pour elle est l'âge de la puberté ; jusqu'à ce moment leur marche est ascendante tandis qu'à partir de ce summum elles vont en décroissant. D'après Cazin et Iscovesco (*Arch. médecine*, 1887), les lésions osseuses peuvent débiter pendant la vie intra-utérine. La proportion des lésions osseuses de l'âge des adultes augmentera, maintenant que l'on connaît les principaux signes dystrophiques de l'hérédo-syphilis et que l'on peut la dépister chez les personnes âgées, n'ayant qu'un vague souvenir des antécédents de leurs ascendants.

DIAGNOSTIC

Quand un malade atteint d'une affection osseuse, se présente chez un médecin, celui-ci voyant les caractères cliniques de l'osteopathie, doit s'entourer de tous les renseignements nécessaires pour poser la diagnose, et « ni les dénégations des sujets observés, ni l'absence de preuves convaincantes ne sauraient arrêter les investigations du praticien » Fournier.

Les osteopathies de la syphilis héréditaire ont certains caractères, qui sans être pathognomoniques, leur donnent cependant un certain cachet de spécificité. La syphilis héréditaire porte ses coups sur les os longs, et en premier lieu sur le tibia ; elle n'attaque pas tout l'os à la fois, ni indifféremment telle ou telle partie ; en règle générale, elle se jette sur l'extrémité terminale de la diaphyse, sur le bulbe de l'os ; puis plusieurs os sont attaqués et surtout les os homologues, symétriques, les deux tibias, les deux cubitus, etc. Alors ce sont de vives douleurs à exaspérations nocturnes, qui peu à peu s'apaisent, pour recommencer, puis finalement se

terminer quand l'os malade est devenu volumineux, hyperostose.

Ces caractères objectifs ne suffisent pas pour affirmer le diagnostic, car ce ne sont que des présomptions graves ; il faut de plus faire un examen minutieux de toute la personne du malade, relever avec soin tout ce qui semble dénoter la spécificité, s'enquérir de ses antécédents morbides personnels, de l'état de santé de ses ascendants ou collatéraux : tous renseignements qui ont leur valeur et qui, aidés, renforcés par les signes objectifs, permettent de passer de la présomption à la certitude et d'affirmer l'existence de la syphilis héréditaire.

Maintenant que nous pouvons diagnostiquer les lésions osseuses héréditaires, avec quelles maladies pouvons-nous les confondre ?

Elles sont à distinguer des lésions de traumatisme, des exostoses de croissance, des lésions de rhumatisme, des lésions de la scrofule, de l'osteo-myélite ; la dactylite syphilitique doit également ne pas être confondue avec le spina ventosa.

Nous ne nous arrêterons pas à donner les signes qui différencient les nodosités de l'osteite hyperostotante des nodosités de l'erythème noueux ; s'il y a quelque similitude dans certains caractères, il y a trop de différence entre les autres pour faire une erreur de diagnostic.

1^o Lésions de traumatisme. — Un coup violent porté sur un os peut déterminer une exostose traumatique, ou même une osteo-périostite pouvant aboutir à la suppu-

ration et finir par une nécrose ; mais le malade se souvient de la contusion, si elle n'est plus appréciable, rapporte tous les accidents au coup reçu, à la chute qu'il a faite, de plus ces lésions peuvent affecter telle ou telle partie de l'os et n'ont pas les caractères de celles de la syphilis héréditaire et le malade lui-même n'a pas les signes dystrophiques de l'hérédo-syphilis.

2^o *Exostose de croissance*. — En 1890, Legroux a présenté à la Société médicale des hôpitaux une fillette de neuf ans, ayant de nombreuses exostoses sur les os longs et ne présentant nulle trace de syphilis ni de rachitisme. Ces gonflements osseux résultent de l'exagération du processus physiologique normal constituant ce qu'on a appelé tour à tour « des apophyses anormales », « des exostoses essentielles ou symétriques », « des osteophytes » ou « l'exostose de croissance ». Ces intumescences se produisent souvent de douze à vingt ans, attaquent les os longs, sont tantôt uniques et tantôt multiples.

On les distingue assez facilement pour plusieurs raisons : elles affectent le cartilage de conjugaison habituellement, ne s'étendent pas comme les ostéo-périostites de l'hérédo-syphilis qui deviennent diaphysaires ; de plus elles croissent lentement, sans aucune douleur et prennent la forme d'un bourgeon surajouté à l'os, tandis que dans l'hérédo-syphilis il y a tuméfaction de tout un segment de l'os.

3^o *Ostéo-périostites du rhumatisme*. — Le rhumatisme peut être la cause d'ostéo-périostites subaigues qui disparaissent en laissant à leur suite un peu de gonflement

osseux. Ces osteo-périostites légères n'aboutissent pas la plupart du temps à ces hyperostoses massives, durant longtemps et finissant parfois par suppurer. Il est vrai qu'on a décrit « le rhumatisme ostéo-hypertrophique » par lequel les os deviennent considérables ; mais dans ce cas, le sujet est rhumatismal, il ne présente pas les dystrophies habituelles de l'hérédo-syphilis.

4° *Tuberculose*. — Pendant longtemps on a rapporté à la scrofule seule les accidents inflammatoires des os ; puis Bazin est venu qui dans ses leçons théoriques sur la scrofule a attribué de nombreuses lésions osseuses à la syphilis héréditaire ; M. le Professeur Fournier, enfin (*Traité de la syphilis héréditaire tardive*) a mis en parallèle ce que fait la vérole et ce que fait la scrofulo-tuberculose, ou plutôt la tuberculose ; car les lésions osseuses dites scrofuleuses, sont, anatomiquement et cliniquement, de nature tuberculeuse (Bouilly, *Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques*, th. d'agrégation, Paris, 1878. — Brissaud, *Revue mensuelle*, 1879, p. 427).

La tuberculose affecte de préférence les os courts, plats (os du torse, rocher, côtes, etc.), les épiphyses des os longs, les vertèbres où elle crée le mal de Pott ; il ne faut pas oublier néanmoins que la syphilis peut produire également un mal de Pott (A. Fournier, *Ann. derm.*, 1881). La syphilis héréditaire, elle, attaque les os longs, leur diaphyse et en particulier le tibia.

Une fois qu'elle s'est jetée sur un os, la syphilis héréditaire produit une osteo-périostite subaigüe ou chronique se terminant par une hyperostose massive, volumi-

neuse, déformante, ou bien une ostéo-périoslite aigue ayant comme fin ultime l'hyperostose avec suppuration et nécrose. La tuberculose agit différemment : un foyer tuberculeux se développe dans l'épiphyse, se ramollit, détermine des lésions d'osteite, de carie, de nécrose, puis envahit l'articulation (Lannelongue, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, 1878 (Acad. de médecine, 1892).

Quelles sont les caractères des lésions tuberculeuses ? elles sont caractérisées par des douleurs sourdes, venant le jour comme la nuit, elles se tuméfient lentement, sont habituellement à marche chronique, puis s'enflamment, déversent du pus à l'extérieur par de nombreux trajets fistuleux et finalement se terminent par la carie de l'os. Au contraire de ces signes évidents, la syphilis produit des osteopathies douloureuses, à exacerbation nocturne qui se développent rapidement, dans l'espace de quelques mois, se terminent rarement par la suppuration et la nécrose.

Ajoutons à cela que les affections osseuses de la syphilis ne retentissent guère sur l'état général, si ce n'est par l'intermédiaire de leurs douleurs, de l'insomnie, de l'agitation qu'elles provoquent, qu'elles rétrocedent sous l'action du traitement spécifique et nous aurons toutes les données suffisantes pour faire de telle lésion une lésion tuberculeuse et de telle autre, une lésion hérédo-syphilitique.

5^e *Osteo-myélite*. — Cette maladie débute par une douleur qui a la même intensité le jour et la nuit, douleur souvent vive, paroxystique ; elle est accompagnée par des symptômes généraux formida-

bles : le facies est typhique, la fièvre ardente, la langue saburrale : Au niveau du segment attaqué les veines sont dilatées. Puis survient un gonflement sur un point quelconque de l'os ; puis on constate bientôt une fluctuation profonde, dans certains cas du moins ; dans d'autres cas, il y a également un gonflement, mais dur et de consistance osseuse. Le début, la marche, la terminaison de l'osteo-myélite sont loin de ressembler aux mêmes périodes de l'osteo-myélite syphilitique ; les caractères généraux de la première suffiraient seule à la diagnostiquer. Mais il y a une autre forme d'osteo-myélite qui aurait plus de caractères semblables avec l'hyperostose massive de la syphilis héréditaire : c'est l'osteo-myélite à forme retardée, l'hyperostose liée à l'ostéite chronique ; celle-ci suppure, tandis que l'hyperostose massive ne suppure pas, ou peu, et affecte la diaphyse ; de plus on trouve les antécédents héréditaires dans la première, tandis que la seconde on ne trouve ni antécédents spécifiques ni même une période de douleurs.

6° *Dactylite syphilitique et spina ventosa*. — Dans le spina, affection propre à l'enfance, l'os est comme soufflé : sur le trajet d'un doigt très mince à sa racine et à son extrémité existe un renflement brusque, quelque fois énorme, ayant la forme d'un fuseau. La peau est rouge, souvent ulcérée ; les mouvements du doigt sont libres et l'affection, presque indolente, a marché lentement. Dans la dactylite syphilitique, l'affection a débuté par la douleur, a marché rapidement et tout le doigt est enflé ; d'ailleurs on a les antécédents héréditaires.

7° *Rachitisme*. — Les nouures et les déformations du

rachitisme ressemblent à celles de l'hérédo-syphilis, mais le début est différent. Des symptômes généraux accompagnent le rachitisme et la maladie met six ou huit mois à parcourir son évolution. Les nouures diffèrent de siège d'avec celles de l'hérédo-syphilis : elles se forment à la jonction des côtes et des cartilages costaux (chapelet rachitique. La poitrine s'aplatit latéralement et s'élargit au niveau des dernières côtes. Comme conséquence de ces déformations, la respiration costale est gênée, la respiration diaphragmatique s'exagère, les organes abdominaux sont refoulés et le ventre devient saillant ; de plus les déformations du rachitisme apparaissent au moment de la dentition et évoluent dans l'espace de six à huit mois. Le tableau clinique de l'hérédo-syphilis est tout différent : les déformations apparaissent à n'importe quel âge et n'ont pas le même siège, ni la même terminaison.

PRONOSTIC

En règle générale, la syphilis héréditaire, considérée dans ses manifestations osseuses proprement dites au niveau des membres, n'entraîne pas la mort. Elle produit des hyperostoses, des déformations qui sont susceptibles de disparaître, quand on les traite de bonne heure mais qui par contre peuvent persister, si on les soigne trop tard, après une existence déjà longue. Il est permis de penser que dans ces cas une intervention chirurgicale, comme l'osteotomie, est digne d'être tentée. Elle produit également des allongements d'os qui donnent au squelette une physionomie disgracieuse, soit par suite du manque de proportion des os les uns avec les autres, soit par suite du processus hypertrophique et élongateur d'un seul os.

Les osteo-périostites et osteo myélites gommeuses traitées à temps se résorbent, ne laissant parfois après elles qu'une difformité pure et simple. Mais si elles ne sont pas traitées, elles aboutissent à une nécrose, dont l'étendue et l'importance sont variables, nécrose qui

habituellement détache la partie la plus superficielle de l'os, d'où le nom de nécrose feuilletée qu'on lui donne.

Quant aux hyperostoses, elles peuvent elles aussi rétrocéder si on les soigne de bonne heure, sinon elles persistent à l'état de masses déformantes, plus ou moins volumineuses, ou aboutissent en dernier lieu à la suppuration suivie de nécrose superficielle, limitée, circonscrite.

Sur les membres, sur toute l'étendue du corps, on peut observer des paralysies dues à la compression des troncs nerveux par les osteopathies massives. On peut également mettre sur le compte des lésions osseuses de l'hérédo-syphilis les névralgies diverses que ressentent les malades. Ajoutons qu'on peut voir des atrophies limitées aux groupes musculaires répondant aux segments des membres atteints (Fournier, Lannelongue).

Le pronostic devient plus sévère, quand les os crâniens deviennent le siège d'hyperostoses ; car il est à craindre que les troubles intellectuels, la méningite, la mort en soient la conséquence.

TRAITEMENT

Traitement prophylactique. — Le médecin, sachant combien sont fréquentes les manifestations osseuses de la syphilis, devra s'efforcer de les prévenir et pour cela il instituera un traitement préventif, dès qu'il se trouvera en présence de syphilitiques pouvant concevoir. Il devra traiter les générateurs longtemps, même s'ils n'ont pas d'accidents, c'est le seul moyen d'éviter la transmission de la syphilis. Pendant toute la durée de la grossesse, la mère devra se traiter. On peut lui prescrire l'iodure et le mercure sous toutes ses formes. Un des meilleurs modes de traitement est celui préconisé par le professeur Pinard et qui réunit l'avantage de l'iodure de potassium à celui du mercure : c'est d'employer l'iodhydrargyrate de potasse à la dose de cinquante centigrammes par jour, médicament plus actif que le sirop de Gibert et mieux toléré.

Traitement des lésions osseuses. — Sitôt que la nature des accidents osseux est reconnue, il faut immédiatement, et sans temporiser, soumettre le malade au traitement spécifique, et si ce traitement vient de bonne

heure, on voit au bout de peu de temps, de quelques semaines, les lésions osseuses s'arrêter, puis rétrocéder et finalement disparaître; des hyperostoses il n'en reste plus trace. Les osteo-myélites et osteo-périostites gommeuses s'arrêtent également dans leur marche, puis se résorbent. Que de malades ont dû au traitement spécifique de voir leurs osteopathies disparaître en peu de temps! Quand on a des raisons de croire à la syphilis, il est du devoir du médecin d'essayer la pierre de touche du traitement.

Sous quelles formes administrer les médicaments spécifiques. On peut employer n'importe quelle forme, pourvu que le mercure soit absorbé; le principal, c'est de donner du mercure. On peut unir l'iodure de potassium aux mercuriaux. Les observations nous montrent que beaucoup de lésions ont rétrocedé sous l'action de ce traitement mixte. D'après M. le professeur Lannelongue, ce traitement donne de bons résultats dans les premières phases du mal, mais quand l'os s'est hyperostosé, il n'a d'effet que sur les complications de voisinage. On peut encore donner le mercure sous forme de pilules de Dupuytren, une pilule 0 gr. 01 par jour, pilules de Ricord, 0 gr. 05 de protoiodure par jour. On donnera avec avantage aux jeunes enfants la liqueur de Van Swieten, dix à trente gouttes la première année, vingt à quarante gouttes la deuxième année, quarante à soixante gouttes la troisième année, le sirop de Gibert, une demie cuillerée à café par jour dans la première année, une cuillerée à café dans la deuxième année, deux cuillerées à café dans la troisième année.

Si les préparations internes ne sont pas tolérées, il faut avoir recours aux frictions, prendre de l'onguent napolitain gros comme un pois et frotter tantôt une aisselle, tantôt une aine alternativement.

Une des médications les plus efficaces pour les adultes, c'est l'injection de calomel, une injection de 0 gr. 03 par semaine. Malheureusement, si le grand nombre supporte admirablement l'injection, le plus grand nombre en est incommodé ; les uns se plaignent de douleurs, les autres de désagréments pendant quelques jours pendant lesquels ils ont des difficultés pour marcher, mais d'autres sont dans l'impossibilité de marcher et souffrent horriblement. Il résulte donc de ceci que ce médicament merveilleux quand il est toléré, devient sans objet la plupart du temps, puisqu'il faut cesser l'injection et la remplacer par une autre médication. On a préconisé aussi (Dr Abadie) une injection sous-cutanée de un gramme de la solution de cyanure de mercure. Observation VI.

Finalement on a employé le mercure sous toutes ses formes seul ou associé à l'iodure.

Contre les fractures syphilitiques, il faut traiter et l'état général et l'état local ; si les enfants sont très jeunes, ils doivent être nourris par leur mère.

La pseudo-paralysie syphilitique se guérit facilement, il faut de l'hygiène et le diagnostic précoce, afin de pouvoir agir en conséquence.

Quant aux lésions des organes des sens, il faut traiter et l'état général et l'état local.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Thèse Berne).

Syphilis héréditaire. — Lésions symétriques des tibias. — Lésions osseuses multiples. — Polyolithalités.

La nommée P..., Jeanne, âgée de 11 ans, entre salle Giraldès (hôpital Trousseau).

Cette petite fille est malade depuis six mois. Ses parents racontent qu'elle aurait reçu un coup de pied à la suite duquel sa jambe se serait enflée à la même époque. L'aspect général de la petite fille frappe tout d'abord. L'enfant présente un aspect maladif; elle est maigre, chétive; les deux tibias paraissent lésés symétriquement; le tibia gauche offre une sorte d'incurvation apparente, une saillie en lame de sabre occupant exclusivement la partie moyenne de l'os. Les extrémités ne sont le siège d'aucun gonflement. Le fémur droit est plus volumineux que le gauche et présente un épaississement portant sur l'épaisseur totale de la diaphyse, en un point très rapproché de l'épiphyse fémorale, et s'étendant à quatre travers de doigt environ au-dessus de ce même point. Indolence de toutes ces parties. A la pression, le cubitus droit est noueux, raboteux dans l'étendue de trois pou-

ces ; la pression des doigts ne réveille aucune douleur, l'humérus est indemne de toute lésion.

Ajoutons que l'enfant présente une crête palatine très saillante. Le voile du palais offre une disposition anormale très particulière ; il adhère en arrière à la paroi postérieure du pharynx dans une certaine étendue. Rien à l'anus, ni aux fesses, aucune cicatrice vulvaire.

A huit centimètres du poignet droit la mensuration de l'avant-bras nous donne dix centimètres et quart tandis qu'à gauche nous avons quatorze et demi. L'extrémité inférieure du fémur droit est volumineuse et douloureuse à la pression ; une saillie circulaire siège à la portion de la diaphyse qui l'unit à l'épiphyse. Nous ne trouvons qu'un demi centimètre de différence entre le fémur droit et le gauche. Ce dernier est normal.

Le tibia droit ne présente pas de déviation marquée de son axe.

Le bord antérieur est parsemé de nodosités douloureuses à la pression et qui se retrouvent sur toute l'étendue de la face antérieure. Le tibia tend à devenir cylindrique. La pression est douloureuse au niveau du quart inférieur de la diaphyse ; le pied droit présente trois cicatrices, au niveau du premier métatarsien, l'une d'entre elles occupe la partie moyenne de la face interne, la deuxième siège à la région dorsale, la troisième à la région plantaire, au niveau de l'extrémité du premier métatarsien.

Notons que la main droite offre une cicatrice déprimée, répondant à une saillie du troisième métarcarpien auquel elle est peu adhérente, la cicatrice est cratériforme.

Le tibia gauche est épaissi en deux points, siégeant (la longueur totale du tibia étant de vingt-six centimètres), l'un du sixième au huitième centimètre de haut en bas, l'autre du quatorzième au seizième centimètre.

En venant au monde, l'enfant n'a jamais été malade ; elle n'eut ni boutons, ni éruption d'aucune sorte. La mère, polisseuse en

doublé, a eu quatre enfants ; elle a perdu une petite fille qui aurait succombé à des convulsions, à l'âge de deux mois. La jeune malade qui fait l'objet de cette observation est née la deuxième. La mère déclare n'avoir nullement été malade pendant la grossesse de cette deuxième fille, mais la troisième ne fut pas aussi heureuse ; en effet, il y eut successivement trois grossesses suivies de fausses couches, l'une de sept mois, les autres de quatre mois environ. La mère présente une remarquable irrégularité de ses deux tibias, dont la face antéro-externe est criblée de bosselures ; elle perd ses cheveux depuis quelques années, et présente en plus des taches cutanées de couleur cuivrée occupant principalement le cuir chevelu. Ajoutons qu'elle eut de violentes douleurs de tête et des étourdissements pendant ses dernières grossesses.

Le père, cordonnier, buveur d'absinthe, est mort d'une attaque d'apoplexie. « Il eut des taches aux fesses et des ulcérations sur diverses parties du corps. » Il y a treize ans, il avait eu avant la naissance de la petite fille que nous observons « une maladie honteuse » pour laquelle il subit un traitement à la Pitié ; le médecin demanda alors à visiter sa femme qui se refusa à subir cet examen.

Il eut des « ulcères dans la bouche » pendant longtemps. Bien certainement, d'après les descriptions de la mère, le père eut des plaques muqueuses.

OBSERVATION II (*Résumée*)

(*Observation de Babule, lue par M. Lannelongue, à la séance du 11 mai, Société de Chirurgie, 1881*).

Babule, 11 ans. Sa mère a eu treize enfants et en a perdu sept.

Bien portant jusqu'à cinq ans, à cette époque il éprouva des douleurs la nuit, exclusivement. Ses cris duraient plusieurs heures.

Les douleurs siégeaient à la partie moyenne des jambes, celles-ci étaient gonflées ; la diaphyse du tibia devint le siège d'inégalités très apparentes et très douloureuses.

Un peu plus tard la peau s'est ulcérée. Les tibias sont arqués, à courbure antéro-postérieure, convexe en avant. Il n'y a plus de bord antérieur, mais une face inégale avec des nodosités et des bosselures. Epiphyses indemnes.

Le péroné offre une hyperostose en fuseau dans son tiers moyen.

Hyperostose irrégulière et inégale de la diaphyse fémorale droite. Le fémur ne présente pas d'altération.

L'humérus gauche est indemne ; le quart inférieur de la diaphyse de l'humérus droit est hyperostosé.

Hyperostose diaphysaire très considérable du cubitus droit.

Hyperostose du cubitus gauche.

Lésions dentaires : crénelures des incisives médianes supérieures et inférieures. Sillons horizontaux sur les deux incisives inférieures.

Le traitement mixte d'abord, puis plus tard exclusivement ioduré, fut suivi de la cessation des douleurs, de la diminution de volume des hyperostoses du fémur et de la cicatrisation des ulcérations de la peau des jambes.

Le petit malade présente, depuis un an, des ulcérations gommeuses siégeant sur la face interne des tibias et se traduisant par des ulcérations confluentes, larges comme la paume de la main. L'enfant est soumis au traitement par le sirop de Gibert.

Le 27 janvier, il ne reste plus sur chaque jambe que deux petites plaies bourgeonnantes, rosées, de bonne nature, larges comme une pièce de deux francs. La peau au niveau du tiers supérieur de la partie la plus convexe, est amincie, vernissée, parsemée par places de tractus blancs, sur une longueur d'environ dix centimètres, et très symétriquement sur les deux jambes.

L'enfant présente, au niveau des anciennes hyperostoses du cubitus, de petites nodosités très appréciables, lorsqu'on fait glisser sur elle le tégument très mince qui les recouvre.

On remarque des taches fessières bien nettes, au nombre de trois, sur la région sacrée.

OBSERVATION III (*Personnelle*).

La jeune P..., 9 ans, entre à la Charité.

L'enfant est malade depuis dix mois. Elle présente un gonflement du tibia droit, partant de trois travers de doigt au-dessus de l'extrémité inférieure de l'os et s'étendant à sept centimètres au-dessus. L'intumescence est régulière dans son ensemble, couverte de petits nodules que l'on reconnaît en touchant le tégument avec le doigt. Il y a en réalité une saillie à convexité antérieure, en sorte que le tibia représente un cylindre régulièrement renflé en l'un de ses points ; c'est une véritable déformation. Les deux tibias ont exactement la même longueur, mais l'épaisseur est différente. La jambe gauche présente une épaisseur de trois centimètres, tandis que la jambe droite à un épaissement de cinq centimètres au niveau du gonflement. Le tibia droit ayant vingt-deux centimètres de longueur, le gonflement s'étend vers la diaphyse, à partir de trois centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de l'os. La surface du tibia gauche présente çà et là quelques rugosités sur la face intérieure, mais le corps de l'os n'est pas du tout épaissi.

Au crâne, les bosses frontales sont proéminentes. Le sternum présente cette disposition particulière qu'on a nommée : sternum en carène.

L'appareil dentaire n'est pas indemne ; les incisives supé-

rieures, au lieu d'être plantées perpendiculairement sur la mâchoire présentent une disposition particulière : elles sont convergentes et striées.

Si l'on passe aux parents, on apprend que la mère a fait cinq grossesses. Le premier enfant est mort à deux mois ; le second enfant est celui dont nous donnons l'observation ; le troisième enfant est mort en naissant ; le quatrième jouit d'une santé très chétive (il est à la campagne, et pour cette raison il n'a pas été vu) ; la cinquième grossesse, fausse couche de quatre mois.

La mère dans sa jeunesse était bien portante ; elle ne se rappelle aucun antécédent morbide ; mais une fois mariée, elle changea. Peu de temps après son mariage elle eut des « boutons », elle perdit ses cheveux. Actuellement elle a un gonflement léger et des douleurs au niveau du tiers inférieur du cubitus gauche. Elle n'a jamais été soignée.

Le père, ancien soldat, déclare avoir eu la syphilis, étant au régiment. Il s'est soigné pendant quelque temps, mais ennuyé « d'avoir à prendre des drogues », comme il dit, il a cessé tout traitement. Actuellement il a de nombreuses cicatrices, déprimées et circulaires et avec cela il perd la vue et devient peu à peu sourd ; en plus il est affecté d'un ulcère syphilitique à la jambe droite.

L'enfant a été soumise au traitement antisypilitique mixte et elle est sortie de l'hôpital bien améliorée. Il y a quelques mois, il n'y avait plus trace de gonflement.

OBSERVATION IV

Hyperostose massive totale des deux tibias, nécrosante, d'origine hérédosyphilitique, par G. ETIENNE (*Ann. dermat.*, 4 mai 1899.

Edouard Dev..., âgé de 6 ans, a été atteint à 3 ans d'une kératite. Sa constitution générale est d'ailleurs délicate.

Les déformations des jambes ont commencé à évoluer à l'âge de 3 ans, coïncidant par conséquent avec l'établissement de la kératite. Avant ce moment, les jambes étaient droites et l'enfant marchait bien.

Lors du premier examen, en mai 1890, les tibias sont énormément épaissis ayant environ le double de leur épaisseur normale ; bien que cet épaississement porte sur toute la hauteur des tibias, son maximum siège surtout au niveau de la partie médio supérieure. Cet épaississement exagère surtout le diamètre antéro-postérieur, d'où aplatissement latéral notable.

Les deux tibias présentent une incurvation double, à convexité antéro-externe (surtout antérieure) à concavité postéro-interne.

Mais la déformation la plus frappante est surtout l'extraordinaire hauteur du membre inférieur. Les tibias, atteints de lésions manifestement spécifiques, très épaissis, sont aussi beaucoup plus grands que d'habitude ; et les fémurs, sans présenter des lésions apparentes, sont également hypertrophiés en hauteur. La hauteur des deux tibias est de vingt-neuf centimètres, identique à celle du fémur, alors qu'à cet âge le rapport normal me paraît être, d'après plusieurs mensurations comparatives, de vingt-sept centimètres sur vingt-quatre, les dimensions du fémur étant prises du condyle externe au grand trochanter.

Au moment de l'examen, il existait à la partie supérieure du

tibia droit, au niveau du maximum d'épaississement, un foyer de suppuration assez abondante, provenant d'un point de sécrétion, dont le début remonte à environ huit mois. Au même niveau, ulcération cutanée assez large. L'enfant ne peut marcher, ni se tenir debout. Pas trace de rachitisme. Pas de lésions viscérales.

J'ai revu l'enfant en juin 1898. L'état général s'est notablement amélioré depuis 1890. Il s'est formé plusieurs ulcérations nouvelles, qui ont guéri. Au niveau du point de nécrose constatée en 1890, à la partie supérieure du tibia droit, existe un volumineux séquestre non encore mobile, constitué par toute une portion du tibia.

OBSERVATION V

(WERTHER. *Deutsch med., woch.* 1891, 18 juin).

Accidents syphilitiques très nets chez le père qui a perdu quatre enfants sur sept ; les trois enfants survivants sont malades.

Le sujet de l'observation a présenté, peu de temps après la naissance, des taches rouges. Bientôt on remarqua que le pied droit était habituellement enflé. Au moment où il fut envoyé à l'école, on constata qu'il avait les jambes démesurément longues et recourbées. A l'âge de neuf ans survint, à l'extrémité inférieure du tibia droit, une tumeur molle qui s'ouvrit ; de là, une ulcération qui d'ailleurs guérit spontanément.

A l'âge de quatorze ans, ont vu le genou droit se tuméfier et la jambe droite s'allonger plus que la gauche ; la claudication était manifeste.

A l'âge de seize ans et demi, l'enfant pèse seulement cinquante livres ; il a tous les caractères de l'infantilisme : testicules petits, tête petite, avec de grandes oreilles, peau incolore, mince, sans trace de poils, physionomie d'un enfant. La brièveté

des membres supérieurs et l'exiguité du thorax contrastent avec l'élongation des membres inférieurs qui paraissent être des membres d'adulte. Base du nez élargie ; perforation de la cloison nasale ; dents altérées petites, mais régulièrement disposées.

A la face antérieure du tibia gauche, union du tiers supérieur ou tiers moyen : ulcération à bords arciformes, dont le fond adhère au squelette ; un séquestre assez volumineux va se détacher à ce niveau.

DIMENSIONS

Longueur de la cuisse droite :	39	gauche :	38,5.
—	jambe	—	: 41
Pourtour du genou	—	: 31	— : 27
—	du cou de pied droit :	35,5	— : 27

L'ostéite déformante a porté spécialement sur les épiphyses des tibias, qui sont épaissies et dont l'augmentation de volume a été considérable, surtout à droite. L'épiphyse inférieure du fémur droit a été également atteinte, puisqu'on note la longueur exagérée de la cuisse, la tuméfaction du genou. Mais il y a aussi ostéite déformante de la diaphyse du tibia droit, liée à la périostite de la face antérieure. Tibia en lame de sabre.

OBSERVATION VI (*Résumée*).

(*Soc. dermat.*, 10 mars 1899, BARBE).

Il s'agit d'une jeune fille B..., de 22 ans, qui, bien qu'elle soit actuellement bien constituée, se serait développée et aurait parlé tardivement. Mais il ne semble pas qu'elle ait eu autre chose jusqu'à treize ans ; à cet âge, elle aurait eu un jour une attaque d'hystérie d'une durée insolite. La malade fut réglée à quinze ans et depuis cet âge jusqu'à vingt-et-un ans elle fut sujette à des

attaques hystériques qui se répétaient même plusieurs fois par jour.

C'est en février 1898, qu'elle commença à souffrir de la jambe droite au niveau de la partie moyenne du tibia, surtout pendant la nuit ; le genou droit devint en même temps volumineux et douloureux. Les douleurs allèrent en croissant, si bien que la malade fût dans l'impossibilité de marcher.

En juin, un chirurgien, méconnaissant la nature de son mal, lui fit une longue incision sur la jambe droite et un râclage de l'os. Cette opération n'amena aucun soulagement.

En août, le tibia et le genou gauches furent pris des mêmes douleurs qu'à droite ; de même l'os du cubitus se tuméfia à chacun des avant-bras.

A cette époque, un médecin, soupçonnant la syphilis, administra le traitement spécifique sous forme de pilules et d'iodure de potassium, qui n'amena aucune amélioration dans l'état de la malade. Aussi ce médecin, s'appuyant sur l'adage si connu « *naturam morborum curationes ostendunt* », ayant obtenu du traitement un résultat nul, finit par abandonner le diagnostic et le traitement spécifique.

Quand je vis la malade pour la première fois, je n'hésitai pas à affirmer que la malade était une syphilitique, à preuve les altérations des incisives supérieures (dents de Hutchinson), à preuve les périostites douloureuses avec exaspération nocturne. Aussi m'empressai-je de lui donner une injection sous-cutanée de 1 gramme de la solution de cyanure de mercure, préconisée par le Dr Abadie (eau distillée 10 grammes, cyanure de mercure 0,10 cgr, cocaïne 0,10 cgr.).

Cette injection fut répétée tous les jours pendant quinze jours ; au bout de quelques injections, les douleurs avaient diminué et la malade pouvait faire quelques mouvements. Le quinzième jour, celle-ci quittait son lit. Après une interruption de dix jours, la médication était reprise. Puis repos, enfin troisième série d'injections. Guérison définitive.

OBSERVATION VII (*Résumée*).

(*Ann. dermat.* 1891).

L..., entre à l'hôpital pour des accidents actuels. Il a 18 ans et on lui en donnerait 13 ; il mesure 1^m52 de hauteur ; il est maigre et grêle, a l'aspect d'un infantile. Son père est sujet aux laryngites, a la voix cassée, chevrotante. Il a eu un frère et trois sœurs, morts de convulsions avant l'âge de deux ans. Lui-même a eu des convulsions, n'a pas eu d'éruption et n'a pas souffert des oreilles ; il est sujet aux bronchites et depuis huit ans a des attaques d'épilepsie. Le crâne semble contourné sur lui-même, l'axe antéro-postérieur est légèrement dévié de droite à gauche ; le sommet porte tout à fait en arrière et le plan postérieur formé par l'occipital est parallèle au plan antérieur formé par le frontal ; il y a deux bosses temporales saillantes, surtout à droite ; il porte des traces de névrites optiques anciennes. Incurvation du tibia en forme de lame de sabre. Gomme periostite. Soumis au traitement spécifique, il a été amélioré.

OBSERVATION VIII (Barthélemy).

Hérédité syphilitique. — Dystrophie générale. — Infantilisme, dents dystrophiques. — Microcéphalie. — Insuffisance intellectuelle et perturbation mentale.

Justine P..., âgée de 22 ans, est née à Cognac le 10 janvier 1878. Elle est la deuxième de 4 enfants, dont trois masculins sont encore bien portants. Son père et sa mère sont âgés l'un de 45 ans, l'autre de 50 ans environ.

Dans sa jeunesse, P... a eu des maux d'yeux, de nez, d'oreilles, elle se souvient que sa mère lui aurait dit qu'au fur et à mesure que ses dents perçaient elles tombaient après être devenues toutes noires. Sa mère lui aurait aussi dit qu'au moment où elle était enceinte d'elle, son père était atteint d'une « vilaine maladie ». P... ne se rappelle pas à quel âge elle a marché, mais elle sait que c'est assez tard. Elle parle en zézayant.

Examen. — Front moyen, mais présente bosse frontale droite beaucoup plus proéminente que la gauche. Il y a asymétrie. De chaque côté du crâne on sent des bosselures inégales et anormales.

La racine du nez est très aplatie et étalée. La pointe du nez est retroussée et les narines ont une direction oblique en avant et en haut. De plus, on constate une perforation de la cloison, perforation bien connue de la malade qui, pour la montrer, y passe une épingle à cheveux. La narine droite est obstruée et ne communique avec les fosses nasales supérieures que grâce à cette perforation.

Bouche. — La voûte palatine est ogivale, étroite, asymétrique.

Le système dentaire, assez régulièrement implanté, présente un certain nombre de caractères à signaler.

Toutes les dents sont particulièrement petites, atypiques, d'une coloration et d'une consistance anormalement fragile.

A la mâchoire supérieure, il n'en existe que onze ; il y a trace de trois autres qui n'existent qu'à l'état de chicots. Ces 11 dents se répartissent en : 4 incisives, canines, prémolaires, grosses molaires.

Les incisives médianes supérieures présentent une échancrure semi-lunaire très nette, surtout sur l'incisive médiane gauche. Cette échancrure est taillée en biseau aux dépens du bord antérieur. Ce serait nettement la dent d'Hutchinson, si la disposition oblique existait.

Les 4 incisives inférieures sont légèrement échancrées ; l'inci-

sive médiane gauche présente le type parfait de la dent en scie ; l'échancrure semi-lunaire est très marquée sur l'incisive médiane droite. En outre, les 4 incisives inférieures sont noires ; il y a microdentisme pour ces quatre dents. De plus, relativement à leurs faibles dimensions longitudinales, les incisives inférieures présentent une extrémité qui est large et dentelée.

Les canines présentent une brèche en forme de V à leurs sommets. On note en outre à la face interne des canines supérieures un sillon très net et allant de leur sommet à la partie moyenne. Les canines inférieures sont triangulaires, à angle interne très saillant.

Les prémolaires de chaque côté sont très nettement bicuspidées ; en outre, elles présentent de chaque côté la déformation en V.

On constate une véritable vulnérabilité des dents, vulnérabilité prouvée par la disparition de toutes les molaires dont il n'existe plus comme vestiges que quelques chicots.

Le maxillaire supérieur présente un étranglement situé au niveau des deuxième prémolaires.

Le maxillaire inférieur est assez régulièrement ovalaire.

Si on fait fermer la bouche à la malade, on constate que les dents s'engrènent, les supérieures viennent s'adapter dans les interstices formés par les inférieures et recouvrent sur certains points toute la face externe des dents inférieures. Autrement dit, les dents supérieures débordent les inférieures.

Thorax. — Le thorax est proéminent : Le sternum forme un angle obtus à ouverture interne et dont le sommet siège à l'union de la première pièce sternale et de la seconde (poitrine de pigeon).

D'autre part, les extrémités inférieures des côtes sont le siège d'intumescences osseuses ayant les dimensions, pour la plupart, d'une noisette, mais atteignant sur certaines côtes, notamment sur les 2^e, 3^e et 4^e de chaque côté, presque le volume d'une petite noix.

L'extrémité supérieure du tibia est irrégulière ; on constate en

outre de légères nodosités sur la crête tibiale, l'élargissement du bord tranchant, une légère incurvation en lame de sabre.

Mais ce qui frappe, lorsqu'on regarde les deux membres inférieurs de la malade, c'est la saillie faite par les deux malléoles internes.

Au pied droit, la malléole externe fait une saillie d'un centimètre et demi en dehors du bord interne du pied. La malléole interne est normale.

Pied gauche présente même saillie de la malléole interne.

Du côté des orteils, légère atrophie de la phalangette avec aplatissement de la phalangine qui présente un léger étranglement.

Foie et rate normaux.

Rein droit très nettement mobile et flottant, arrive parfois au niveau de la ligne médiane et bien au-dessous d'une horizontale passant par l'ombilic. Rein gauche ne présente rien d'anormal. Pas d'albumine.

La malade urine très souvent, mictions toujours copieuses.

Elle est pâle, anémique, d'une constitution délicate, de visage asymétrique, grimaçant, ayant de ces mouvements nerveux si fréquents chez les dégénérés.

La peau présente un certain nombre de caractères qui méritent d'être signalés :

Du côté de la bouche, on note à chaque commissure labiale des traces de cicatrices de forme triangulaire à base labiale. Ces cicatrices accentuées sont blanchâtres, légèrement obliques de haut en bas. La cicatrice commissurale droite est surtout très visible.

En outre de ces cicatrices commissurales, on voit d'autres cicatrices surtout au-dessous du nez où deux cicatrices apparaissent très nettes sous forme de lignes blanchâtres longues d'environ un centimètre et demi et empiétant d'un demi-centimètre sur le tissu cutané. La muqueuse buccale présente à ses extrémités un pli bien marqué.

Sur tout le pourtour de la lèvre inférieure on note toute une série de macules blanchâtres, vestiges d'anciennes ulcérations, dont la malade se souvient ; elle raconte qu'elle avait beaucoup de croûtes et que ces croûtes ont persisté fort longtemps.

Sur le pourtour de cette lèvre inférieure, on doit signaler la présence d'une cicatrice plus nette que les autres et ayant les dimensions et la forme d'un haricot.

Les cicatrices péri-buccales empiètent légèrement sur la muqueuse ; presque toutes ont un contour en arc de cercle à convexité inférieure pour la lèvre supérieure.

Le pourtour du nez présente lui aussi des traces certaines d'anciennes ulcérations. Sur la narine droite, cicatrice étalée en forme d'une lentille. De chaque côté on note deux autres cicatrices : celle de droite, blanchâtre, longue de deux centimètres, oblique de haut en bas et allant de la base de la cloison nasale vers la commissure labiale, large d'un demi-centimètre ; elle forme dans son ensemble un croissant à convexité inférieure.

La cicatrice située à gauche est blanchâtre, mais moins étendue.

La région lombo-fessière est en outre le siège de nombreuses cicatrices présentant une forme nettement arrondie et de dimensions variables d'une lentille à une pièce d'un centime.

Le système pileux est assez développé ; il est même à remarquer que les cheveux descendent très bas de chaque côté de la face où tout le pourtour des oreilles est recouvert de longs poils.

Sur le cuir chevelu on peut signaler la présence d'une cicatrice en forme de haricot, située au-dessus de l'oreille gauche sur le pariétal, à 2 centimètres environ d'une ligne verticale passant par l'extrémité postérieure de l'oreille.

La malade ne présente pas d'engorgement ganglionnaire : ganglions cervicaux peu appréciables ; les inguinaux sont peu volumineux. La malade a eu il y a deux ans un abcès-phlegmon sous l'aisselle droite (ouverture au bistouri).

Au point de vue du système nerveux, P... présente un certain nombre de phénomènes anormaux.

Pas de troubles de motilité ; mais hémianesthésie gauche avec prédominance au membre supérieur où la transfixion de la peau n'est perçue que sous forme de légère piqûre.

Pas de zones hystérogènes, pas de troubles visuels, pas de troubles sensoriels manifestes.

Les réflexes sont normaux ; tout au plus pourrait-on admettre une très légère hypéresthésie.

Présente un certain nombre de troubles vaso-moteurs ; sueurs fréquentes et abondantes de tout le corps, surtout aux aisselles et à la région génitale. Hyperhydrose palmaire et plantaire.

La malade dit ressentir assez souvent des chatouillements vulvaires qu'elle compare à la sensation produite sur le dos de la main par la marche d'un hanneton ou le frôlement d'une plume. A ce moment, la malade prétend ne pouvoir s'empêcher de se livrer à l'onanisme. Elle perd alors, au bout de quelques minutes, connaissance.

Les crises commencent par des bourdonnements d'oreilles, il lui semble entendre un bruit produit par des tonneliers frappant sur des barriques, puis, après quelques secousses toniques et cloniques, elle perd connaissance.

Ces crises se reproduisent très fréquemment, et la malade tombe là où elle s'est livrée à l'onanisme (plusieurs fois elle a été trouvée dans les cabinets de sa salle, étalée sur les dalles). La perte de connaissance dure quelques minutes, en général.

L'état psychique de notre malade présente, en effet, des caractères tout spéciaux d'hystérie et de dégénérescence.

P... qui actuellement est âgée de 21 ans, se livre quotidiennement depuis l'âge de 10 à 11 ans à la masturbation. Déflorée à 17 ans. Réglée à 18 ans, régulièrement ; peu abondamment toutefois, mais pas de douleurs aux époques menstruelles. Au moment de ses règles elle a une hyperexcitation et elle dit éprouver

une sensation spéciale à pétrir les bras de ses compagnes de dortoir. Elle les pince jusqu'au sang.

Fille d'une famille ayant tout le confortable désirable (le père est négociant en vins). P... vers 17 ans ne pouvait se passer d'homme. Depuis cette époque, elle a continué sa vie déréglée à Rochefort, elle est soignée pour des végétations et traitée par des cautérisations au nitrate d'argent.

OBSERVATION IX (*Soc. derm.*, janvier 1899. Fournier).

**Osteopathies symétriques et cataracte corticale-postérieure
d'origine herédo-syphilitique.**

Le petit malade est âgé de 15 ans. Nous n'avons pu trouver chez lui aucun antécédent personnel intéressant et nous ne savons rien de précis sur ses parents.

Il est entré dans le service pour un rhumatisme articulaire qui avait débuté quinze jours avant notre examen.

Le début de l'affection avait été particulièrement sourd. Sans traumatisme intérieur, sans fatigue ni surmenage évidents, les deux articulations du genou augmentèrent graduellement de volume. La douleur d'abord légère et diffuse, se précisa bientôt et se localisa au niveau de l'extrémité supérieure du tibia. Elle était plus nette la nuit que le jour.

Les phénomènes généraux étaient peu marqués, un peu de température le soir, ce qui avait primitivement fait faire le diagnostic de rhumatisme.

Examen des articulations du genou. — Les deux genoux présentent une augmentation de volume considérable constituée d'une part par l'hydarthrose, d'autre part par une hyperostose du fémur et surtout des condyles tibiaux.

A la palpation, les extrémités des deux os à droite comme à gauche sont volumineuses, mais non déformées. Le péroné est intact.

Au niveau du plateau tibial la douleur est assez marquée, surtout à droite. Les points douloureux forment une véritable couronne péritibiale siégeant à l'union du plateau et de la diaphyse de l'os. La tubérosité antérieure est particulièrement sensible, de même que les points d'attache des ligaments latéraux.

Au dessous de ces différents points le corps de l'os est intact.

Du côté du fémur l'augmentation de volume est moins marquée et la douleur nulle.

La rotule est normale, mais moins mobile que d'ordinaire.

Le choc rotulien est difficile à produire ; par la pression on écrase des masses articulaires mollasses, mais non crépitantes. La synoviale peut être saisie entre les doigts dans les culs-de-sac latéraux, elle est manifestement épaissie.

L'allure chronique de l'affection écartait le diagnostic de pseudo-rhumatisme infectieux, le siège de la douleur, celui d'osteomyélite avec retentissement articulaire, la bilatéralité, celui de tuberculose à point de départ osseux. Il fallait penser en dernier lieu à une ostéopathie syphilitique avec poussée articulaire subaiguë, comme cela est habituel dans ce genre de lésions.

Nous avons dit qu'il n'y avait aucun renseignement sur l'état de santé du père et de la mère ; mais l'enfant présentait des stigmates de syphilis héréditaire :

Voûte palatine ogivale et profonde. Asymétrie faciale, infantilisme. Organes génitaux peu développés, les testicules petits et durs, presque insensibles. Les incisives supérieures portent une érosion en coup d'ongle, elles sont désorientées et comme tordues sur leur axe, les canines portent une petite pointe anormale à leur sommet, la dent de lait persiste. En un mot, troubles légers de nutrition des dents, et retard de la dentition.

Examen des yeux. — Enfin, du côté des yeux, notre petit ma-

lade présente des lésions qui sont de deux ordres, d'après le Dr Antonelli :

Des deux côtés, il existe une cataracte corticale postérieure, un peu plus épaisse à droite, une sorte de toile d'araignée visible d'ailleurs à l'œil nu.

Du côté droit, on note également un point de cataracte capsulaire polaire postérieure. La zone équatoriale du cristallin est tout à fait transparente. A travers cette zone périphérique, la pupille ayant été dilatée par l'atropine, il est possible de constater des stigmates ophtalmos copiques à forme mixte (pupille et chorioretine).

OBSERVATION X (*Résumée*).

Lucien P..., âgé de 14 ans, entre au mois d'octobre 1898 à l'hôpital de la Charité.

Antécédents héréditaires : La mère prétend qu'elle n'a rien et qu'elle n'a jamais rien eu ; elle affirme que « le père aurait eu des boutons, étant jeune ».

Cette femme a eu quatre enfants avec son mari ; celui-ci est le troisième.

Antécédents personnels : D'après la mère, il n'a jamais eu ni maux d'yeux ni maux d'oreilles. Etant tout jeune, il a eu des grosseurs au cou, des abcès, il a eu mal à la gorge.

Il entre à l'hôpital, parce qu'il a mal à la bouche.

C'est un jeune homme de développement incomplet, grêle ; on lui donnerait facilement de 9 à 10 ans. Il présente dans le pli inguinal gauche un reste de suppuration (adéuite).

Au niveau du tibia gauche, à la partie moyenne, cicatrices irrégulières, blanches, de dimension d'une pièce de 2 francs ; la

partie supérieure est hyperostosée. Au niveau du tibia droit, hyperostose grosse comme une noisette.

La lèvre inférieure, surtout à droite, est tuméfiée et indurée. Pas d'autres lésions cutanées ou osseuses.

Traitement. — Iodure de potassium, 4 gr. ; sirop d'iodure de fer ; vin de gentiane ; gargarismes émollients.

OBSERVATION XI (*Résumée*).

Enfant de dix-neuf mois offrant des lésions osseuses héréditaires. Le petit malade, né à terme, ne présentait rien au moment de sa naissance, si ce n'est déjà une tête énorme ; à l'âge de deux mois et demi, il a eu des syphilides aux fesses ; depuis il aurait toujours présenté des éruptions ; aucun traitement n'a été institué. Actuellement cet enfant porte les déformations classiques de la boîte crânienne : proéminence du frontal, élargissement des pariétaux (crâne natiforme), fontanelle antérieure largement ouverte ; il présente des altérations des dents, dents convergentes.

La lésion la plus remarquable siège au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. L'articulation est déformée ; le coup de pied est gonflé et l'on trouve trois tumeurs fluctuantes, grosses comme de petites noix, en même temps qu'un épaissement très marqué de l'extrémité inférieure du tibia ; c'est une osteite avec gommès, du moins c'est probable. Sous l'influence du traitement, il y a du mieux

OBSERVATION XII (*Personnelle*).

L... (Louis), âgé de 5 ans, entre le 2 avril 1899 à l'hôpital de la Charité, de Lille.

Antécédents héréditaires : Le père, qui est âgé de 30 ans, avoue avoir eu la syphilis, il y a dix ans, pendant son service militaire. Il s'est soigné pendant quelque temps, mais pas longtemps, un an. Sorti du régiment, il s'est marié et a eu trois enfants : le premier est l'enfant qui se trouve actuellement à l'hôpital ; le deuxième est mort, dit-il, à la suite de convulsions, et le troisième est en bonne santé, il a deux ans. A l'heure actuelle, le père présente une gomme du tissu cellulaire, au niveau de la cuisse droite.

La mère n'aurait jamais présenté des accidents pouvant se rapporter à la syphilis.

Signes personnels : L'enfant, venu à terme, a présenté au bout de plusieurs semaines des boutons sur le corps. Il a été atteint de coryza, ses yeux ont coulé ; il a suivi de temps en temps un traitement consistant en sirop d'iodure de fer.

Les dents de la première dentition présentent des stries ; la canine supérieure présente une érosion.

A la suite d'un coup reçu sur le tibia gauche survint un gonflement ressemblant à un abcès, mais non ouvert et qui se dissipa sous l'action de l'onguent napolitain.

L'enfant présente un gonflement du genou gauche, gonflement assez peu douloureux ; les deux humérus offrent également une tuméfaction, au niveau du tiers moyen. La face interne et le bord antérieur sont le siège d'hyperostoses massives.

Le front présente deux saillies latérales et symétriques ; il y a asymétrie du crâne.

Les testicules ne présentent rien de particulier.

On lui a ordonné des frictions mercurielles avec 1 gr d'onguent napolitain et de l'iodure de potassium en potion.

A la fin d'avril, il rentre chez lui bien amélioré et son amélioration persiste.

OBSERVATION XIII (*Personnelle*).

Le 27 avril 1899 se présentait à la consultation de dermatologie, à Lille, un homme de 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Il a perdu ses parents dès son jeune âge et a été élevé chez un parent. Son père est mort à la suite d'un accident (il avait 5 ans) et sa mère est morte en couches, alors qu'il avait 3 ans. Il est donc seul enfant et n'a pu donner d'autres renseignements sur ses parents.

Antécédents personnels. — A première vue, on est frappé de la conformation de sa tête, qui est grosse, surplombant un petit corps mince et grêle ; le front est natiforme. Si l'on descend plus bas, on constate que la charpente nasale a été détruite et que la muqueuse nasale est ulcérée ; d'après les dires du malade, il y a environ un an que ces différentes altérations ont commencé. En examinant l'œil, on aperçoit une opacité de la cornée qui remonterait aux premières années pendant lesquelles notre malade aurait souffert des yeux. L'ouïe est abolie des deux côtés. Si nous passons au système dentaire, nous voyons toute une série de petites stries transversales sur les incisives supérieures et les molaires inférieures manquent. Sur le corps, à l'union du sternum et de la troisième côte, on sent une tumeur fluctuante, qui paraît être une gomme. Le tibia droit présente à la partie supérieure une grosse hyperostose, massive, déformante, tandis que

sur le tibia gauche on sent plusieurs nodosités. Le corps est grêle et mince. Les testicules sont petits et durs.

Soumis au traitement spécifique, ces diverses lésions nasales et périostiques se sont arrêtées et actuellement les nodosités périostiques ont diminué de volume, les plaies nasales ont commencé à bourgeonner.

CONCLUSIONS

I. — Les sujets atteints de syphilis héréditaire sont passibles de présenter de nombreuses lésions osseuses.

II. — Les affections osseuses de l'hérédo-syphilis sont très communes ; elles viennent en second lieu immédiatement après les affections oculaires.

III. — Elles se manifestent de diverses façons : tantôt elles produisent sur le squelette des déformations congénitales, des malformations qui deviennent permanentes, tantôt elles se montrent sous forme d'ostéo-périostite hyperostogante, amenant l'hyperostose massive, déformante ou bien de productions gommeuses, affectant le périoste, l'intérieur même des os : ce sont les ostéo-périostites gommeuses, les ostéo-myélites.

IV. — Les signes dystrophiques de l'hérédo-syphilis, même en l'absence des renseignements tirés de l'état de santé des ascendants et des collatéraux suffisent le plus habituellement pour porter le diagnostic de lésions osseuses dues à la syphilis héréditaire et les dis-

tinguer des autres affections qui attaquent le système locomoteur et les simulent.

V. — Ces lésions apparaissent à tout âge, depuis les premiers jours de la vie jusqu'à la vieillesse.

VI. — En général on ne meurt pas des lésions osseuses, qui traitées à temps disparaissent, et non traitées laissent après elles des difformités, des malformations permanentes.

VII. — Le traitement spécifique doit être institué pour toutes les personnes soupçonnées de devoir leurs lésions osseuses à la syphilis héréditaire.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUGAGNEUR. — Thèse Lyon, 1879.
- BAZIN. — Leçons Cliniques et Théoriques sur Syphilis.
- BEDMDAR ET HÉNOCH. — Gaz. hebdomadaire, 1861.
- BERNE. — Thèse Paris, 1884.
- BEZY. — Arch. Méd. Bordeaux, 1897.
- BAUMÈS. — Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes. Lyon, 1840.
- BOUILLY. — Comparaison des Artropathies rhumatismales, syphilitiques et scrofulieuses. Th. d'Agrégation, 1878.
- BRISSAUD. — Revue mensuelle, 1879, p. 437.
- CAZIN ET ISCOVESCO. — Arch. Méd., 1887.
- CHARRIN ET GLEY. — Ac. des Sciences, 4 nov. 1895.
- CORNIL. — Leçons Cliniques sur la Syphilis, 1879.
- COLCOTT, FOX ET BALL. — Syphilis héréditaire osseuse chez les enfants (Brit. Méd. journal, juin, 1886).
- DRON. — Soc. Derm., 1894.
- FOURNIER (A.). — Traité de Syphilis héréditaire tardive, 1888, M. 1. Mod., 1890, 17 juillet.
- FOURNIER (Ed.). — Thèse Paris, 1898.
- GASTOU. — Sem. Médicale, 1895.
- GAUCHER. — Ann. Derm., Dactylite Syph.
- GELLI. — Thèse Paris, 1884.
- GRANCHER. — 1889.
- GRESSEDENT. — Thèse Paris, 1874.
- LABORIE. — Ac. de Médecine, 1851.

- LANCEREAUX. — Traité de Syphilis.
LANNELONGUE. — Soc. Chir., 11 mai 1881, Mém. de Soc. Chir., T. IV, 1878. Ac. Méd., 1892.
LEGROUX. — Soc. Méd. Hôpitaux, 1890.
MANSSUROW. — Arch. f. Derm und Syph., 1891.
MARCEL LABLÉE. — Soc. Méd. Hôp., 1896, 24 juillet.
MAURIAU. — Gaz. Hôp., 10 déc. 1890. Traité de Syphilis.
PARROT. — Arch. Phys., 1871, Progrès Méd., 1880.
POLLAK. — Deut. Méd., 27 déc. 1893.
RANVIER. — Soc. Biologie, 1865.
RECAU. — Traité Maladie Vénérienne. Toulouse, 1684.
RICORD. — Gaz. Hôp., 1862. Ac. Méd., 11 octobre 1853.
ROUSSEL. — Thèse Paris, 1881.
RICHTER. — Berlin Klin, 1889.
ROLLAND. — Thèse Bordeaux, 1888.
RONA. — Pester Méd. Chis. Presse, 25 mars 1888.
ROSSI. — Il progresso medico, 1893.
SEVESTRE. — Progrès Méd., déc. 1888.
SBORDONI. — Manifestations osseuses tardives de la Syphilis congénitale, réforme Méd., 27 déc. 1893.
W. TAYLOR. — Syphilitic lesions of the osseous system in infants and young children New-York, 1875.
TURQUET. — Bassin infantile considéré au point de vue du détroit supérieur et du rapport de ses diamètres. Th. Paris, 1884.
VOGEL. — Traité élémentaire de l'enfance, 1872.
WALDEYER ET KARNER. — 1875.
WEGNER — Leçons sur les maladies des enfants, traduction d'Archambault, 1875.

